Conseil *d'*Évaluation *des* Technologies *de la* Santé *du* Québec

Rapport – Mai 1999
(CETS 99-1 RF

SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE DANS LA COMMUNAUTÉ POUR PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX GRAVES

Rapport présenté

au Ministre responsable de la Recherche, de la Science et de la Technologie du Québec

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec

105-06842/

Toute information sur ce rapport ou sur tout autre rapport produit par le *Conseil d'évaluation des technologies de la santé* peut être obtenue en communiquant avec la permanence de l'organisme :

Conseil d'évaluation des technologies de la santé
2021, avenue Union, Bureau 1040
Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : (514) 873-2563
Télécopieur : (514) 873-1369
Courrier électronique : cets@msss.gouv.qc.ca
Adresse Web : http://www.msss.gouv.qc.ca/cets/

Dépôt légal	-	Bibliothèque nationale du Québec, 1998
	-	Bibliothèque nationale du Canada
ISBN		2-550-34445-6

Comment citer ce document :

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. Suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves. (CETS 99-1 RF). Montréal: CETS, 1999, xvi- 88 p.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec

LE MANDAT

Promouvoir et supporter l'évaluation des technologies de la santé, en diffuser les résultats et favoriser leur utilisation dans les décisions de tous les intervenants impliqués dans la diffusion de ces technologies.

Conseiller le ministre sur les questions concernant l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé et, à cette fin, fournir des avis fondés sur l'évaluation de leur efficacité, sécurité, coût, leurs impacts sur le système de santé ainsi que leurs implications économiques, éthiques et sociales.

LES MEMBRES DU CONSEIL

Renaldo N. Battista, MD
Épidémiologiste

Roger Jacob
Ingénieur biomédical

Denise Leclerc
Pharmacienne

Jean-Marie Moutquin, MD
Gynéco-obstétricien

Suzanne Nootens
Juriste

Guy Rocher
Sociologue

Le Conseil est normalement formé de douze membres et est donc en attente de nomination de six nouveaux membres par le Conseil des ministres du Gouvernement du Québec.

DIRECTEUR

Jean-Marie R. Lance

LE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE DANS LA COMMUNAUTÉ POUR PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX GRAVES

Dans le cadre de la réforme des services de santé mentale, on a amorcé la fermeture de la moitié des lits psychiatriques au Québec. Toutefois, pour minimiser les conséquences de cette réduction dans le recours à l'hospitalisation pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, qui représentent de 1 à 3 % de la population, il s'avère nécessaire de développer et implanter les modèles de soutien communautaire les plus appropriés.

Dans cette perspective, le *Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS)* a décidé d'évaluer la pertinence pour le système de santé québécois d'un modèle particulièrement important de soutien communautaire des personnes les plus vulnérables et exigeantes en services de cette population, soit le suivi intensif en équipe dans la communauté (traduction d'«Assertive Community Treatment»). Ce sujet a été privilégié suite à une consultation menée par le *CETS* auprès d'informateurs clefs dans le domaine de la santé mentale au Québec.

Ce rapport examine d'abord les études publiées sur ce modèle de suivi intensif quant à ses effets sur la qualité des services et leur efficience. Il évalue aussi dans quelle mesure le modèle est applicable au Québec, notamment en identifiant deux programmes locaux et en appréciant leur degré de fidélité au modèle retenu et leur impact net sur les coûts directs. Enfin, le rapport suggère des critères qui devraient gérer l'implantation de cette approche au Québec.

En conclusion, le *CETS* estime que le modèle de suivi intensif en équipe dans la communauté mérite d'être adopté à plus grande échelle, de façon aussi fidèle que possible. À cette fin, il suggère de mettre en place un cadre incitatif et de soutien favorable et de déployer plus d'efforts au niveau de la recherche et de l'évaluation. Ces efforts permettront de vérifier l'efficacité des programmes en place, d'apporter les correctifs appropriés et d'optimiser les adaptations du modèle au contexte québécois.

En diffusant cet avis, le *CETS* souhaite apporter le meilleur éclairage possible aux décideurs concernés à différents niveaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Renaldo N. Battista
Président

RÉSUMÉ

Introduction

Dans le cadre de la réforme des services de santé mentale, on a amorcé la fermeture de la moitié des lits psychiatriques du Québec. Cette fermeture affecte en particulier les 1 à 3% de la population qui sont atteints de troubles mentaux graves, personnes qui consomment à elles seules environ 80 % des jours d'hospitalisation psychiatrique. On s'accorde généralement sur la nécessité d'accompagner les fermetures de lits d'un développement de soutiens communautaires pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. La nature des modèles de soutien à privilégier et les critères devant gérer leur implantation demeurent toutefois imprécis.

Dans le but d'éclairer les décideurs du réseau de la santé et des services sociaux du Québec sur cette question, le *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec* a entrepris d'évaluer la pertinence pour le contexte québécois d'un modèle particulièrement important de soutien communautaire des personnes atteintes de troubles mentaux graves, soit le suivi intensif en équipe dans la communauté (notre traduction de l'américain «Assertive Community Treatment»). Ce sujet a été privilégié suite à une consultation menée par le *Conseil* auprès d'informateurs clefs dans le domaine de la santé mentale au Québec. En outre, le choix de ce modèle organisationnel a retenu l'attention du *Conseil* pour plusieurs raisons.

D'abord, il s'adresse à un groupe de personnes vulnérables et le plus exigeant en services de la population atteinte de troubles mentaux graves, sous-groupe particulièrement menacé par la reconfiguration actuelle. De plus, l'efficacité clinique et l'efficience du suivi intensif en équipe sont bien établies par de nombreuses études rigoureuses. En outre, les études publiées suggèrent que le suivi intensif en équipe peut réduire la demande de lits hospitaliers à un point tel que son implantation, loin d'engendrer des dépenses nouvelles pour le réseau, peut lui permettre de réaliser des économies. Finalement, l'applicabilité du modèle au contexte québécois et les circonstances sous lesquelles il devrait être utilisé, ne sont pas évidentes *a priori* et n'ont pas fait jusqu'à maintenant l'objet d'une analyse détaillée.

Caractéristiques principales du modèle de suivi intensif en équipe

Les caractéristiques principales du suivi intensif en équipe peuvent être résumées de la façon suivante :

- le suivi de l'usager se fait par une équipe, et non par un seul intervenant ;
- l'équipe assume la responsabilité pour l'ensemble des services que la personne reçoit ;
- l'équipe est multidisciplinaire, comprenant préférablement un psychiatre et des infirmières, des psycho-éducateurs, des spécialistes en toxicomanie et en travail social, chaque membre mettant son expertise et ses capacités propres à contribution pour aider chacun des usagers ;
- le suivi est intensif, avec un ratio intervenants : usagers pouvant varier entre 1:8 à 1:12 ;
- le suivi est individualisé et s'adapte quotidiennement aux changements dans les circonstances des usagers ;
- les interventions se font majoritairement dans le milieu de vie des usagers et non dans les bureaux des intervenants ;

- l'équipe assure un suivi le soir et la fin de semaine et est disponible au besoin pendant la nuit ;
- le suivi est proactif plutôt que réactif : on anticipe les crises et on cherche à les prévenir ;
- de façon à assurer la cohérence des services entre eux, l'équipe dispense elle-même directement autant de services que possible, ce que permet sa composition multidisciplinaire ;
- l'équipe cherche à favoriser une intégration aussi complète et satisfaisante que possible de l'usager dans la communauté ;
- l'équipe continue de suivre les usagers aussi longtemps que cela semble cliniquement justifiable.

L'efficacité du modèle permet d'obtenir des résultats cliniquement significatifs tout en respectant l'autonomie de l'usager. Le suivi de la médication, effectué dans le cadre du développement d'une relation de collaboration et de confiance avec l'usager, est un aspect important du fonctionnement d'une équipe de suivi intensif. Tout en visant à fournir directement la majorité des services requis, l'équipe cherche aussi à renforcer le tissu social de l'usager en augmentant l'étendue et la qualité de ses relations familiales et sociales.

Le modèle de suivi intensif en équipe a été adapté à différents contextes avec des résultats qui demeurent positifs. Originellement issu du Mendota State Hospital de Madison, au Wisconsin, il a été adapté au milieu communautaire, avec une équipe ne comprenant pas de médecin. L'emphase actuelle sur l'inclusion de spécialistes en réadaptation professionnelle et en toxicomanie au sein de l'équipe reflète les résultats d'études récentes. D'autres études récentes mettent en relief l'importance de soutenir les familles dans leurs relations avec les usagers. Par ailleurs, on commence à peine à explorer la possibilité d'incorporer au suivi intensif en équipe les méthodes de formation aux habiletés sociales (« *social skills training* »). Il ne faut donc pas voir le modèle de suivi intensif en équipe comme une structure figée, mais comme une approche de suivi qui peut être adaptée au contexte dans lequel on l'implante : de plus, l'expérimentation lui permet de se raffiner de plus en plus.

Comparaison avec le suivi intensif individuel

Le suivi intensif individuel peut ressembler de très près au suivi intensif en équipe dans la communauté, comme le montrent différentes études. La différence essentielle, ainsi que leurs noms la traduisent, réside dans le fait que le suivi intensif en équipe implique un suivi de chaque usager par une équipe multidisciplinaire, tandis que, avec le suivi individuel, un usager ne se fait suivre que par un ou au plus deux intervenants travaillant ensemble. Les effets de tels programmes peuvent ressembler à ceux de programmes de suivi intensif en équipe. Cependant, plusieurs arguments cliniques et quelques indications de la recherche favorisent le suivi en équipe plutôt qu'individuel ; de plus, il y a consensus actuellement entre les experts sur la supériorité du suivi en équipe. C'est pourquoi la présente évaluation du *Conseil* porte sur ce modèle d'organisation particulier.

Principaux résultats de la recherche et de l'évaluation

Depuis les années '70, plus d'une trentaine d'études expérimentales ont été conduites aux États-Unis, au Canada, en Australie, en Angleterre, et en Suède, afin de comparer les résultats de programmes de suivi intensif en équipe dans la communauté à ceux de prise en charge par des cliniques externes seulement ou à d'autres formes de suivi. Les résultats de ces études indiquent que les programmes de suivi intensif en équipe :

- tendent à avoir des effets positifs sur les symptômes et la qualité de vie subjective des usagers ;
- tendent à augmenter la satisfaction des usagers et de leurs parents à l'égard des services ; et
- réduisent nettement, soit de 50 % ou plus en général, le nombre de jours d'hospitalisation.

Les effets positifs tendent à s'accentuer plus le programme étudié est fidèle à l'ensemble des caractéristiques du modèle de suivi intensif en équipe.

Clientèle cible du suivi intensif en équipe

Le suivi intensif en équipe est habituellement offert à des personnes qui : (1) sont âgées de 18 à 65 ans ; (2) ont des diagnostics psychiatriques associés à des épisodes psychotiques ou peut-être à des troubles de la personnalité ; (3) présentent des déficits fonctionnels importants (au niveau de l'emploi, des activités de la vie quotidienne, du maintien d'un réseau de soutien social ou du comportement en public ou avec les autres); (4) sont réfractaires au traitement habituel ; et (5 sont sujettes à des réhospitalisations prolongées ou répétées. La présence de problématiques additionnelles (e. g., toxicomanie, problèmes judiciaires, itinérance) augmente le besoin de suivi intensif en équipe.

L'expérience combinée des programmes québécois étudiés et des programmes américains de suivi intensif en équipe suggère qu'entre 0,7 et 1 personne sur 1 000 bénéficierait d'un suivi de ce type, soit entre 5 000 et 7 000 personnes à l'échelle du Québec. Ce ratio peut cependant être plus élevé dans des territoires où la proportion de personnes atteintes de troubles mentaux graves est plus importante, par exemple dans des territoires urbains défavorisés et/ou à proximité d'hôpitaux psychiatriques. Étant donné qu'entre 1 et 3 % de la population sont atteints de troubles mentaux graves, le suivi intensif en équipe ne s'adresse au plus qu'à environ 2 à 10 % de cette population. Les autres 90 % ou plus ont besoin d'une variété d'autres services, qui peuvent inclure un suivi moins intensif de type « *case management* ». Ce dernier type de suivi moins intensif doit donc être perçu comme un complément, et non comme une alternative au suivi intensif en équipe dans la communauté.

Applicabilité du suivi intensif en équipe au Québec

Le modèle de suivi intensif en équipe peut-il être adapté au réseau québécois ? Il existe déjà au Québec plusieurs programmes de suivi dans la communauté et dont la plupart sont associés à des organismes communautaires. Plusieurs de ces programmes démontrent une expertise considérable dans le suivi de personnes atteintes de troubles mentaux graves. Nous avons toutefois choisi d'examiner deux programmes québécois issus de milieux hospitaliers en raison de leur plus grande intégration de la composante médicale, cette caractéristique les rendant en effet plus fidèles au modèle de suivi intensif en équipe. Il s'agit du Service d'accompagnement et de soutien communautaire du Centre hospitalier Pierre-Janet à Hull et du Centre d'intégration communautaire du Centre hospitalier Centre-de-la-Mauricie à Shawinigan.

Ces deux programmes constituent des adaptations moyennement fidèles du modèle de suivi intensif en équipe. Les deux ont obtenu des réductions substantielles dans les jours d'hospitalisation des usagers desservis : selon notre estimation, 77 % dans le cas de Hull, 37 % dans le cas de Shawinigan. Cependant, bien que les données de la littérature permettent d'anticiper des améliorations significatives sur les plans des symptômes de la qualité de vie subjective et sur la satisfaction, il n'a pas encore été possible de vérifier de manière rigoureuse si elles se manifestent dans ces deux programmes.

L'adoption du modèle de suivi intensif en équipe soulève au moins trois autres questions impor-

tantes : la nature des relations entre les intervenants et les usagers, le changement dans les rôles professionnels et le partenariat entre les ressources.

Nature des relations entre les intervenants et les usagers

La loi québécoise assure une protection considérable des droits des usagers et on est de plus en plus conscient du besoin de respecter leur autonomie. Toute prise en charge communautaire, en fait toute relation d'aide envers un usager, présente un certain risque de paternalisme et de coercition. Le suivi intensif en équipe présente cependant un risque particulier à cet égard, parce qu'il implique plusieurs intervenants agissant de façon concertée dans pratiquement tous les aspects de la vie d'un usager.

Cependant, au moins quatre arguments mitigent les craintes que l'on pourrait entretenir à cet égard. Premièrement, un usage abusif de coercition tend à détruire la relation entre l'équipe et l'usager, effet incompatible avec le maintien de la relation à long terme qui caractérise le suivi intensif en équipe. Deuxièmement, un usage limité de coercition peut se justifier dans la mesure où il permet à un usager de maintenir un mode de vie qui, dans l'ensemble, lui paraît préférable (e. g., un contrôle fiduciaire par l'équipe permet de maintenir l'usage autonome d'un logement). Troisièmement, l'efficacité clinique du modèle favorise l'atteinte de résultats cliniques importants sans que l'on ait besoin d'avoir recours à un usage implicite ou explicite de coercition. Finalement, les risques de paternalisme ou de coercition peuvent être réduits par l'embauche d'intervenants capables de s'identifier aux usagers et qui donc seront naturellement portés à les traiter avec empathie et compassion. L'inclusion au sein de l'équipe d'un usager (ou ex-usager) comme intervenant, pratique de pointe aux États-Unis à l'heure actuelle, contribue aussi à encourager une telle attitude au sein de l'équipe.

Besoin de définir de nouveaux rôles professionnels

Le fonctionnement efficace d'une équipe de suivi intensif exige que chaque infirmière, par exemple, accepte d'accomplir des tâches qui débordent le champ professionnel de pratique normalement dévolu aux infirmières. Cette situation implique une révision des descriptions de tâches traditionnelles, de façon à définir des champs de responsabilité communs à tous les intervenants, tout en reconnaissant les contributions spécifiques de chaque profession. Des ententes révisées doivent aussi être négociées avec les syndicats de façon à permettre une plus grande souplesse dans les horaires des intervenants. Quant au psychiatre, son rôle dans une équipe de suivi intensif se démarque aussi de ceux qu'il a traditionnellement assumés au Québec jusqu'ici : il passe une partie de son temps à rencontrer les usagers dans leur milieu de vie ; il partage le pouvoir de décision clinique avec le coordonnateur de l'équipe, qui n'est pas un médecin ; il participe à certaines interventions de l'équipe auprès d'organisations diverses (CLSC, etc.). Ces différences posent difficulté et risquent certainement d'engendrer des résistances.

Complémentarité du suivi intensif en équipe avec les autres ressources

Deux principes influencent le lien entre un programme de suivi intensif et les autres ressources. D'une part, l'équipe cherche à maximiser l'intégration entre les services, ce qui la conduit à fournir un maximum de services directement. En particulier, cet objectif signifie que l'équipe assume en grande partie les fonctions d'une clinique externe psychiatrique, de centres de traitement pour toxicomanie, d'hébergement supervisé et de réadaptation professionnelle (par le biais d'une approche de soutien au logement autonome et à l'emploi régulier).

D'autre part, cependant, l'équipe recherche la plus grande intégration possible du client dans la

communauté. À cette fin, elle encourage la construction ou la reconstruction d'un tissu social, par le biais non seulement de meilleures relations avec famille, voisins, commerçants, etc., mais aussi par la participation à divers groupes communautaires : groupes d'entraide, groupes de type Alcooliques Anonymes au besoin, organismes communautaires favorisant l'expression artistique des usagers, etc. Ainsi, l'approche du suivi intensif en équipe agit de façon à mieux respecter la finalité du partenariat : une meilleure intégration des services dans une perspective centrée sur le client.

Effets économiques du suivi intensif en équipe en territoire québécois

Un programme de suivi intensif en équipe, comprenant un psychiatre à mi-temps et du personnel payé selon les normes en vigueur en milieu institutionnel, coûterait au système de santé et de services sociaux environ 8 000 $ par usager par an, y compris les services médicaux facturés par le psychiatre à la Régie d'assurance-maladie du Québec. Ce montant peut toutefois varier considérablement selon, en particulier, les salaires des membres du personnel. Malgré ce coût élevé, dans la grande majorité des territoires détenant une population suffisamment nombreuse et concentrée pour occuper une équipe de suivi intensif, cette équipe permettrait au réseau sociosanitaire et à l'État québécois de réaliser des économies substantielles à moyen ou long terme. Ces économies seraient attribuables surtout à une réduction marquée dans les jours d'hospitalisation. À court terme (i.e., un an ou moins), des déboursés additionnels seraient requis pour financer la phase de transition.

Rôles respectifs des hôpitaux, CLSC et organismes communautaires dans le développement des services de suivi intensif en équipe

La délimitation des rôles respectifs des hôpitaux, des CLSC et des organismes communautaires dans le développement du suivi intensif en équipe dans la communauté au Québec constitue un enjeu important. Il revient aux Régies régionales, à partir des orientations données par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, de prendre des initiatives et de décider de la répartition des ressources entre ces différents acteurs pour assurer le développement des services de suivi intensif dans leur région.

Si le modèle de suivi intensif en équipe décrit dans le présent rapport inclut un psychiatre et du personnel infirmier, cela ne signifie pas pour autant que l'on doive privilégier le développement de programmes de suivi intensif à partir de milieux hospitaliers ou de CLSC. La littérature ne permet pas de trancher quant au milieu particulier à partir duquel on devrait développer des équipes de suivi intensif. Toutefois, il ressort clairement que, plus on se rapproche *globalement* du modèle de suivi intensif en équipe, meilleurs sont les résultats.

Pour favoriser le développement et la diffusion de programmes basés sur le modèle de suivi intensif en équipe

Les résultats de la recherche sur le modèle de suivi intensif en équipe et l'analyse que fait ce rapport confrontent les autorités du réseau québécois de la santé et des services sociaux à un double défi. D'une part, il y a lieu d'identifier, à partir d'évaluations rigoureuses sur le terrain, des adaptations et des améliorations du modèle de suivi intensif en équipe qui lui permettent de donner le meilleur rendement possible dans le contexte québécois. D'autre part, quelles que soient les adaptations retenues, il faut tenir compte des résistances naturelles qu'engendre un modèle qui transforme profondément l'environnement de travail et la nature des relations entre les personnes. Pour faciliter le développement et la diffusion de programmes basés sur le modèle de suivi intensif en équipe, il serait approprié de faire appel aux mesures suivantes :

- *Émission de lignes directrices décrivant la nature et les principes du modèle de suivi intensif en équipe ainsi que la population cible.* On suivrait ainsi l'exemple de l'Ontario, qui a émis de telles lignes directrices en juillet 1997, ainsi que celui de plusieurs États américains.
- *Utilisation d'incitatifs financiers.* Des incitatifs financiers pourraient stimuler l'établissement de nouveaux programmes. Le financement ne serait accordé au départ qu'à des programmes qui proposent de se conformer sensiblement au modèle de suivi intensif en équipe et qui cherchent à rejoindre en majorité des personnes qui tendent à être réhospitalisées fréquemment.
- *Préférence aux programmes qui peuvent démontrer leur capacité de collaboration étroite avec le personnel hospitalier.* Le grand nombre de lits psychiatriques au Québec est associé à des durées de séjour particulièrement longues plutôt qu'à des taux d'admission élevés. Des relations de confiance entre l'équipe de suivi intensif et le personnel hospitalier permettraient de planifier plus rapidement des congés sécuritaires pour les patients.
- *Recours à des consultants cliniques pour donner un soutien technique aux équipes de suivi intensif.* Des consultants cliniques, engagés par les autorités sociosanitaires, donneraient un soutien lors de la constitution initiale des équipes ainsi que durant les années subséquentes, afin de faciliter la compréhension du modèle et l'adhésion à celui-ci. Les équipes de suivi intensif particulièrement performantes pourraient être mobilisées pour assumer un rôle de formateurs dans le réseau.
- *Évaluation régulière des programmes.* Les programmes devraient être évalués, annuellement au début, de façon à favoriser leur amélioration.
- *Financement accru de la recherche sur les services de suivi.* Le financement de recherches sous forme d'évaluations rigoureuses sur le terrain permettrait le développement d'adaptations du modèle de suivi intensif en équipe, qui seraient les plus efficaces et les plus appropriées pour le contexte québécois.

Conclusions

Nous pouvons résumer les résultats de la présente évaluation par les points suivants :

- Le suivi intensif en équipe s'adresse seulement à des adultes atteints de troubles mentaux graves qui ont de grandes difficultés, se traduisant le plus souvent par des troubles psychotiques, une mauvaise réponse aux services habituels et des hospitalisations répétées. Cette population ne représente qu'environ 0,7 à 1 personne sur 1 000 en moyenne, soit une petite minorité – 10 % au plus – des personnes atteintes de troubles mentaux graves.
- La littérature scientifique indique que le suivi intensif en équipe procure des avantages bien marqués aux personnes qu'il cible spécifiquement ainsi qu'à leurs familles et que ce programme réduit de façon substantielle les jours d'hospitalisation.
- Le modèle de suivi intensif en équipe peut être adapté à des contextes variés et continue à évoluer par suite des améliorations qui lui sont apportées constamment grâce aux données de la recherche.
- Il existe déjà au Québec plusieurs programmes inspirés du modèle de suivi intensif en équipe. Au moins deux d'entre eux, évalués dans le cadre de cette étude, sont considérés comme de bonnes adaptations de ce modèle et ils semblent avoir contribué à réduire les jours d'hospitalisation de façon substantielle.
- Le modèle de suivi intensif en équipe doit être appliqué prudemment de façon à minimiser les risques associés de paternalisme ou de coercition.

- Le suivi intensif en équipe requiert des intervenants et des psychiatres l'adoption de nouveaux rôles professionnels.
- Une équipe de suivi intensif cherche à fournir le maximum de services directement. Cependant elle cherche en même temps à favoriser l'intégration de l'usager à la communauté, en le référant, par exemple, à divers organismes communautaires ou autres prestataires de services.
- Appliqué sur un territoire où le bassin de population est suffisant, le suivi intensif en équipe réduit les coûts pour le système de santé et de services sociaux.
- Les données actuelles de la littérature ne permettent pas de trancher la question de la base d'intervention, c'est-à-dire si les équipes de suivi intensif doivent être basées en milieu hospitalier, en CLSC ou en milieu communautaire. Le principe le plus important, c'est que, *de façon globale*, on se rapproche le plus possible du modèle.
- Plusieurs mesures de soutien technique, organisationnel et financier sont suggérées pour favoriser l'insertion du modèle en territoire québécois. Le développement de la recherche et de l'évaluation sur les services de suivi en équipe contribuerait aussi à optimiser l'organisation et le fonctionnement des programmes.

En conclusion, le *Conseil* estime que ce modèle mérite d'être adopté à plus grande échelle, de façon aussi fidèle que possible. À cette fin, il suggère de mettre en place un cadre incitatif et de soutien favorable et de déployer plus d'efforts au niveau de la recherche et de l'évaluation. Ces efforts permettront de vérifier l'efficacité des programmes en place, d'apporter les correctifs appropriés et d'optimiser les adaptations du modèle au contexte québécois.

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé à la demande du *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec* par **monsieur Eric Latimer**, Ph. D. en sciences économiques et chercheur consultant du *Conseil*. Nous le remercions vivement pour le travail accompli. Par ailleurs, il faut souligner la contribution importante de madame Lyne Nadeau M.Sc. en sciences économiques, notamment dans la cueillette et l'analyse des données sur les coûts des services ambulatoires et hospitaliers.

Il remercie également les membres d'un comité consultatif, présidé par monsieur Latimer, qui, par leurs commentaires, ont validé les orientations pratiques de ce rapport et contribué à ce qu'il soit le plus utile possible pour les intervenants québécois dans le domaine de la santé mentale :

Joseph Bittar	Psychologue, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal (Québec)
Thierry Boyer	Directeur des services hospitaliers administratifs, Centre hospialier Pierre-Janet, Hull (Québec)
Jacques Gagnon	Conseiller en santé mentale, Association des hôpitaux du Québec, Montréal (Québec)
Lise Gélinas	Conseillère clinico-administrative, Direction des programmes en santé mentale, Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, Shawinigan (Québec)
Michel Gervais	Psychiatre et directeur du Département de psychiatrie, Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, Shawinigan (Québec)
Alain Lesage	Psychiatre, Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal (Québec)
Chris McFadden	Directeur, Forward House, Montréal (Québec)
Anne-Marie Ponton	Psychiatre, Centre hospitalier Robert-Giffard, Beauport (Québec)
Marie-Luce Quintal	Psychiatre, Centre hospitalier Robert-Giffard, Beauport (Québec)
Claude Renaud	Agent de coordination à l'évaluation des services de la santé mentale et de l'adaptation sociale, Régie régionale la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais, Hull (Québec)
Warren Steiner	Psychiatre et directeur des services externes, Hôpital général de Montréal, Montréal (Québec)
Catherine Vallée	Ergothérapeute, Service de longue durée, Centre hospitalier Pierre-Janet, Hull (Québec)

André Villeneuve — Psychiatre, Centre hospitalier Robert-Giffard, Beauport (Québec)

Il faut également souligner les précieux commentaires et suggestions des personnes suivantes qui ont lu différentes versions de ce rapport : mesdames Lucie Gauthier et Miriam Hayes (Centre hospitalier du Centre-de-la Mauricie, Shawinigan) et monsieur Daniel Gélinas (Centre hospitalier Louis-Hippolyte Lafontaine, Montréal).

Le *Conseil* tient aussi à remercier vivement les lecteurs externes pour leurs précieux commentaires :

Denise Aubé	Médecin-conseil, Centre de santé publique de Québec, Québec
Luc Blanchet	Psychiatre, Hôpital Jean-Talon, Montréal (Québec)
Gary Bond	Professeur, Department of Psychology, School of Science, Indiana University/Purdue University, Indianopolis (Etats-Unis)
Paula Goering	Directrice, Health Systems Research Unit, Clarke Institute of Psychiatry, Toronto (Ontario)
Michael McCubbin	Chercheur, Département de sociologie, Université de Montréal (Québec)
Céline Mercier	Professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal; chercheure; Division de la recherche psychosociale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Verdun (Québec)
Lee Soderstrom	Professeur agrégé, Département de sciences économiques, Université McGill, Montréal (Québec)

De plus, le *Conseil* remercie madame Madeleine Breton, de la Direction de la recherche et de l'évaluation, au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ainsi que monsieur Michel Roberge et madame Francine Vincelette, des Services de Santé mentale à la Régie de la Santé et des Services sociaux de Montréal-centre. Ces différentes personnes associées au développement de services et à la recherche en santé mentale ont contribué, par leur lecture attentive et leurs commentaires utiles, à l'amélioration de ce rapport.

Ce rapport n'aurait pas pu être réalisé sans la contribution importante de nombreuses personnes des Directions des finances et des Services des archives de plusieurs centres hospitaliers, qui ont fourni les données de base servant à établir les coûts ou extrait les renseignements sur les hospitalisations et les autres services consommés par les usagers. Les cinq établissements concernés sont : Carrefour de la Santé et des Services sociaux du Haut-de-la-Mauricie (La Tuque), Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine (Montréal), Centre hospitalier du Centre-de-la Mauricie (Shawinigan), Centre hospitalier Pierre-Janet (Hull) et Hôpital général de Montréal. Parmi ces personnes, il y a lieu de faire ressortir la contribution exceptionnelle de madame Cécile Pitre, Centre

hospitalier du Centre-de-la Mauricie (Shawinigan), où les dossiers traités furent plus nombreux, et cela dans un contexte de fusion hospitalière (Centre hospitalier Sainte-Thérèse et Centre hospitalier régional de la Mauricie).

Enfin, le *Conseil* exprime sa reconnaissance envers madame Jennifer Geduld, pour sa participation à l'analyse des données, madame Suzanne Tremblay et monsieur Pierre Vincent, bibliothécaires, pour leur support bibliographique, et madame Maria-Edith Jacques, secrétaire, pour la mise en page finale du document.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ i

REMERCIEMENTS ix

TABLE DES MATIÈRES xiii

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES xv

1. INTRODUCTION 1

2. NATURE DU MODÈLE DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE DANS LA COMMUNAUTÉ 3

2.1 CARACTÉRISTIQUES DU MODÈLE 3
2.2 COMPARAISON AVEC LE SUIVI INTENSIF INDIVIDUEL 7

3. RÉSULTATS D'ÉVALUATIONS DE PROGRAMMES BASÉS SUR LE MODÈLE DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE DANS LA COMMUNAUTÉ 9

3.1 IDENTIFICATION DES ÉTUDES PERTINENTES 9
3.2 EFFETS DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE SUR DIVERS ASPECTS RELIÉS AU BIEN-ÊTRE DES USAGERS ET DE LEURS FAMILLES AINSI QU'À LEUR SATISFACTION À L'ÉGARD DES SERVICES 10
3.3 EFFETS DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE SUR LES HOSPITALISATIONS 16
3.4 EFFETS DE PROGRAMMES INSPIRÉS DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE SUR LES RESSOURCES AUTRES QUE LES HOSPITALISATIONS AINSI QUE SUR LES COÛTS 17
3.5 CONCLUSIONS 18

4. CLIENTÈLE CIBLE 23

4.1 CRITÈRES D'ADMISSION AU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE 23
4.2 NOMBRE DE PERSONNES DEVANT ÊTRE DESSERVIES PAR DES ÉQUIPES DE SUIVI INTENSIF 24

5. DEUX PROGRAMMES QUÉBÉCOIS DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE 27

5.1 LE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE DE HULL 28
5.2 LE CENTRE D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE DE SHAWINIGAN 34
5.3 CONCLUSIONS 41

6. ADAPTABILITÉ DU MODÈLE DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE AU CONTEXTE QUÉBÉCOIS 43

6.1 NATURE DES RELATIONS ENTRE LES INTERVENANTS ET LES USAGERS 43
6.2 BESOIN DE DÉFINIR DE NOUVEAUX RÔLES PROFESSIONNELS 44
6.3 COMPLÉMENTARITÉ DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE AVEC LES AUTRES RESSOURCES 45

7. COÛT NET DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE 49

7.1 IMPACT PROJETÉ SUR LES COÛTS NETS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ D'ÉQUIPES DE SUIVI INTENSIF SUR LE TERRITOIRE DE L'HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE 50
7.2 IMPACT PROJETÉ SUR LES COÛTS NETS D'UNE ÉQUIPE DE SUIVI INTENSIF SUR LE TERRITOIRE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL 53

7.3 MILIEUX RELATIVEMENT DÉPOURVUS EN LITS HOSPITALIERS 54
7.4 MODÈLE GÉNÉRAL POUR LES MILIEUX URBANISÉS 55
7.5 TERRITOIRES RURAUX 55

8. IMPLICATIONS ADDITIONNELLES POUR L'ORGANISATION DES SERVICES 57

9. POUR FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT ET LA DIFFUSION DE PROGRAMMES BASÉS SUR LE MODÈLE DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE 59

9.1 ÉMISSION DE LIGNES DIRECTRICES DÉCRIVANT LA NATURE ET LES PRINCIPES DU MODÈLE DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE AINSI QUE LA POPULATION CIBLE 59
9.2 UTILISATION D'INCITATIFS FINANCIERS 60
9.3 PRÉFÉRENCE AUX PROGRAMMES QUI PEUVENT DÉMONTRER LEUR CAPACITÉ DE COLLABORATION ÉTROITE AVEC LE PERSONNEL HOSPITALIER 61
9.4 RECOURS À DES CONSULTANTS CLINIQUES POUR DONNER UN SOUTIEN TECHNIQUE AUX ÉQUIPES DE SUIVI INTENSIF 61
9.5 BESOIN D'ÉVALUER RÉGULIÈREMENT LES PROGRAMMES DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE 62
9.6 FINANCEMENT ACCRU DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SUIVI 62

10. CONCLUSIONS 65

ANNEXE A : MÉTHODES DE CALCUL DES COÛTS UNITAIRES 69

ANNEXE B : TABLEAUX SUPPLÉMENTAIRES 71

ANNEXE C : MÉTHODE DE CALCUL POUR LE TABLEAU 7.4 77

RÉFÉRENCES 81

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU 3.1 : CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DES ÉTUDES RETENUES COMPORTANT DES DEVIS RANDOMISÉS 11

TABLEAU 3.2 : CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DES ÉTUDES COMPORTANT DES DEVIS NON RANDOMISÉS 13

TABLEAU 3.3 : EFFETS DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE SUR DIVERS ASPECTS RELIÉS AU BIEN-ÊTRE DES USAGERS ET DE LEURS FAMILLES AINSI QU'À LEUR SATISFACTION À L'ÉGARD DES SERVICES 14

TABLEAU 3.4 : RÉDUCTION MOYENNE DANS LES JOURS D'HOSPITALISATION, PAR GROUPE DE SITES 17

TABLEAU 3.5 : EFFETS DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE SUR LA SITUATION D'HÉBERGEMENT DES USAGERS 19

TABLEAU 3.6 : EFFETS DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE SUR L'UTILISATION DE RESSOURCES AUTRES QUE LES HOSPITALISATIONS ET L'HÉBERGEMENT 20

TABLEAU 3.7 : EFFETS DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE SUR LES COÛTS ANNUELS PAR USAGER 21

TABLEAU 4.1 : NOMBRE DE PERSONNES ACTUELLEMENT ET IDÉALEMENT DESSERVIES PAR DES ÉQUIPES DE SUIVI INTENSIF DANS DIVERS TERRITOIRES 25

TABLEAU 5.1 : CARACTÉRISTIQUES DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE DANS LA COMMUNAUTÉ COMPARÉES À CELLES DU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE DE HULL 29

TABLEAU 5.2 : CARACTÉRISTIQUES DU MODÈLE DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE DANS LA COMMUNAUTÉ COMPARÉES À CELLES DU CENTRE D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE DE SHAWINIGAN 35

TABLEAU 7.1 : ESTIMÉ DU COÛT DE FONCTIONNEMENT ANNUEL PAR CLIENT D'UNE ÉQUIPE DE SUIVI INTENSIF COMPRENANT 10 INFIRMIÈRES, TRAVAILLEURS SOCIAUX, ERGOTHÉRAPEUTES ET AGENTS DE RESSOURCES HUMAINES 50

TABLEAU 7.2 : ÉCONOMIES ANNUELLES TOTALES ESTIMÉES SUITE À LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES SUR LE TERRITOIRE DE L'HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE PAR UN PROGRAMME DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE 52

TABLEAU 7.3 : ÉCONOMIES ANNUELLES TOTALES ESTIMÉES SUITE À LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES SUR LE TERRITOIRE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL PAR UN PROGRAMME DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE 54

TABLEAU 7.4 : NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION ANTÉRIEURS MOYEN MINIMAL POUR QUE LE COÛT D'UNE ÉQUIPE DE SUIVI INTENSIF (ESTIMÉ À 8 250 $ PAR AN) SOIT COMPENSÉ PAR UNE ÉCONOMIE EN TERMES DE JOURS D'HOSPITALISATION 55

TABLEAU A.1 : COÛTS ATTRIBUÉS POUR SERVICES MÉDICAUX FOURNIS EN MILIEU HOSPITALIER DANS LES DIFFÉRENTS CENTRES HOSPITALIERS 65

TABLEAU B.1 : COÛTS MOYENS ANNUALISÉS ($) DES RESSOURCES DE L'HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE UTILISÉES PAR LES PATIENTS HOSPITALISÉS LE 23 OCTOBRE 1996 73

TABLEAU B.2 : COÛTS UNITAIRES DE DIFFÉRENTS TYPES D'HÉBERGEMENT UTILISÉS SUR UNE PÉRIODE DE 6 MOIS PAR LES PATIENTS HOSPITALISÉS À L'HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE LE 23 OCTOBRE 1997, ET POURCENTAGE APPROXIMATIF DES NUITS PASSÉES DANS LE TYPE D'HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES AYANT MOINS DE 45 JOURS D'HOPITALISATION PAR AN 74

TABLEAU B.3 : COÛTS ANNUELS ESTIMÉS ($) DE L'UTILISATION DES RESSOURCES DU DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL , POUR UN ÉCHANTILLON ALÉATOIRE STRATIFIÉ DE 25 PATIENTS 75

FIGURE 5.1 : COÛTS ANNUELS DE L'UTILISATION DES RESSOURCES AVANT ET APRÈS L'INSCRIPTION AU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE DU CENTRE HOSPITALIER PIERRE-JANET (n=28) 31

FIGURE 5.2 : COÛTS ANNUELS DE L'UTILISATION DES RESSOURCES AVANT ET APRÈS L'INSCRIPTION AU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE DU CENTRE HOSPITALIER PIERRE-JANET POUR LES USAGERS AVEC DES HOSPITALISATIONS AVANT L'INSCRIPTION (71% DES INSCRIPTIONS) 32

FIGURE 5.3 : COÛTS ANNUELS DE L'UTILISATION DES RESSOURCES AVANT ET APRÈS L'INSCRIPTION AU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE DU CENTRE HOSPITALIER PIERRE-JANET POUR LES USAGERS SANS HOSPITALISATIONS AVANT L'INSCRIPTION (29% DES INSCRIPTIONS)... 33

FIGURE 5.4 : COÛTS ANNUELS DE L'UTILISATION DES RESSOURCES AVANT ET PENDANT LA PREMIÈRE INSCRIPTION AU CIC DE SHAWINIGAN (n=147) 37

FIGURE 5.5 : COÛTS ANNUELS DE L'UTILISATION DES RESSOURCES AVANT ET PENDANT LA PREMIÈRE INSCRIPTION AU CIC DE SHAWINIGAN POUR LES USAGERS AVEC HOSPITALISATION AVANT L'INSCRIPTION (70% DES INSCRIPTIONS) 39

FIGURE 5.6 : COÛTS ANNUELS DE L'UTILISATION DES RESSOURCES AVANT ET PENDANT LA PREMIÈRE INSCRIPTION AU CIC DE SHAWINIGAN POUR LES USAGERS SANS HOSPITALISATION AVANT L'INSCRIPTION (30% DES INSCRIPTIONS) 40

1. INTRODUCTION

Dans le cadre de la réforme québécoise des services de santé mentale, on a amorcé la fermeture de la moitié des lits psychiatriques du Québec [77]. Cette fermeture affecte en particulier les 1 à 3 % de la population qui sont atteints de troubles mentaux graves, personnes qui consomment à elles seules environ 80 % des jours d'hospitalisation psychiatrique. Pour minimiser l'impact d'une telle mesure sur ce groupe particulier de la population, on s'accorde généralement sur la nécessité de développer en même temps des mécanismes de soutien communautaire appropriés [77, 78]. La nature des modèles de soutien à privilégier et les critères devant gérer leur implantation demeurent toutefois imprécis.

Dans le but d'éclairer les décideurs du réseau de la santé et des services sociaux du Québec sur cette question, le *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec* a entrepris d'évaluer la pertinence pour le contexte québécois d'un modèle particulièrement important de soutien communautaire de personnes atteintes de troubles mentaux graves, soit le suivi intensif en équipe dans la communauté (notre traduction de l'américain «*Assertive Community Treatment*» (*ACT*))[1]. Ce sujet a été privilégié suite à une consultation menée par le *Conseil* auprès d'informateurs clefs dans le domaine de la santé mentale au Québec. Le choix de ce modèle organisationnel s'appuie sur plusieurs considérations.

D'abord, il s'adresse à un groupe de personnes vulnérables et le plus exigeant en services de la population atteinte de troubles mentaux graves, sous-groupe particulièrement menacé par la reconfiguration actuelle (ce sous-groupe représente moins de 10% de la population atteinte de troubles mentaux graves, comme on le verra à la section 4). De plus, l'efficacité clinique et l'efficience du modèle de suivi intensif en équipe sont bien établies par de nombreuses études rigoureuses, ce qui est reflété par l'adoption du modèle au cours des dernières années par de nombreuses juridictions à l'extérieur du Québec.

En outre, les études publiées suggèrent que le suivi intensif en équipe peut réduire la demande de lits hospitaliers à un point tel que son implantation, loin d'engendrer des dépenses nouvelles pour le réseau, peut lui permettre de réaliser des économies. Finalement, l'applicabilité du modèle au contexte québécois et les circonstances sous lesquelles il devrait être utilisé ne sont pas évidentes *a priori* et n'ont pas fait jusqu'à maintenant l'objet d'une analyse détaillée. Le rapport récent du Comité de la santé mentale du Québec, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, discute dans une certaine mesure de ce modèle, mais son cadre beaucoup plus large ne lui permet pas d'en traiter avec autant de détails que le présent rapport d'évaluation [28].

Les objectifs de cette évaluation[2] sont donc :

[1] Cette traduction est basée sur les deux considérations suivantes. D'abord, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a retenu la traduction «suivi intensif dans la communauté» pour désigner à la fois ce que les Américains appellent «*Intensive Case Management*» (*ICM*) et «*Assertive Community Treatment*» (*ACT*) [77]. L'expression «suivi intensif» est souvent utilisée au Québec. Ensuite, comme on le verra plus loin, la différence essentielle entre l'*ICM* et l'*ACT* est que le premier implique un suivi de chaque usager par un seul intervenant ou au maximum deux, tandis que l'*ACT* implique un suivi de chaque usager par plusieurs membres d'une équipe. On utilisera aussi cependant, de façon interchangeable, l'acronyme *ACT*.

[2] Les lecteurs qui désireraient approfondir les aspects plus détaillés de cette évaluation pourraient consulter le rapport technique ayant servi à sa préparation et qui est disponible sur demande au *Conseil*.

- d'examiner les études publiées sur le modèle de suivi intensif en équipe quant à ses effets sur la qualité des services et leur efficience;
- d'évaluer dans quelle mesure le modèle est applicable au Québec;
- le cas échéant, de tirer des études publiées et de données épidémiologiques et économiques québécoises des indications sur les critères qui devraient gérer son implantation au Québec.

2. NATURE DU MODÈLE DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE DANS LA COMMUNAUTÉ

Le suivi intensif en équipe dans la communauté s'adresse à un sous-groupe restreint de la population atteinte de troubles mentaux graves et dont les besoins de suivi sont les plus importants. Ce modèle a été originellement développé au Mendota State Hospital de Madison, dans l'État du Wisconsin (États-Unis), pendant les années 70 [102, 108]. L'objectif premier de ses concepteurs, les médecins Leonard Stein et Arnold Marx et la psychologue Mary Ann Test, était de permettre à des patients psychiatriques de bien s'intégrer dans la communauté de façon à ce qu'ils aient le moins besoin possible d'être réhospitalisés. Le modèle s'est largement répandu depuis : on dénombre aux États-Unis déjà plus de 400 équipes de suivi *ACT* [32, 75], de même qu'un nombre grandissant dans les autres provinces canadiennes [62]. On en a implanté aussi en Angleterre [67], en Australie [54, 55], et en Suède [1].

2.1 CARACTÉRISTIQUES DU MODÈLE

Les caractéristiques principales du modèle de suivi intensif en équipe peuvent être résumées de la façon suivante :

- le suivi de l'usager se fait par une équipe et non par un seul intervenant (« *case manager* »);
- l'équipe assume la responsabilité pour l'ensemble des services que la personne reçoit: elle fournit les services directement ou, lorsque c'est impossible, elle s'assure qu'ils sont dispensés;
- l'équipe est multidisciplinaire, comprenant préférablement un psychiatre et des infirmières, des psycho-éducateurs, des spécialistes en toxicomanie, en réadaptation professionnelle et en travail social, chaque membre mettant son expertise et ses capacités propres à contribution pour aider chacun des usagers;
- le suivi est intensif, avec un ratio intervenants : usagers variant entre 1:8 et 1:12;
- le suivi est individualisé et s'adapte quotidiennement aux changements dans les circonstances des usagers;
- les interventions se font majoritairement dans le milieu de vie des usagers et non dans les bureaux des intervenants;
- l'équipe assure un suivi le soir et la fin de semaine et est disponible au besoin pendant la nuit;
- le suivi est proactif plutôt que réactif: on anticipe les crises et on cherche à les prévenir;
- de façon à assurer la cohérence des services entre eux, l'équipe dispense elle-même directement autant de services que possible, ce que permet sa composition multidisciplinaire;
- l'équipe cherche à favoriser une intégration aussi complète et satisfaisante que possible de l'usager dans la communauté;
- l'équipe continue de suivre les usagers aussi longtemps que cela semble cliniquement justifiable [102, 105].

L'expérience clinique ainsi que diverses études expérimentales, rapportées dans la littérature scientifique, apportent un certain nombre de précisions supplémentaires.

Composition de l'équipe

L'équipe de suivi intensif comprend préférablement un psychiatre à temps partiel [2, 61, 101][3]. Elle devrait inclure au moins un infirmier ou infirmière psychiatrique ainsi qu'un ou des spécialistes en service social, en psycho-éducation, en psychologie, en réadaptation professionnelle et en toxicomanie. La présence régulière au bureau d'une secrétaire-réceptionniste est nécessaire pour servir de point de contact aux usagers et autres personnes pendant que le personnel est sur le terrain et pour faciliter les échanges d'information au sein de l'équipe et avec l'extérieur [2, 101]. Il est souhaitable aussi que l'équipe comprenne un usager qui travaille au sein de l'équipe au même titre que les autres intervenants : cela favorise le maintien d'une approche ouverte et non contraignante au suivi (voir section 5.1), et cette personne peut souvent communiquer plus efficacement avec d'autres usagers que les intervenants professionnels [89, 110]. Le nombre total d'intervenants, sans compter le psychiatre ou la secrétaire, devrait être environ de 8 à 12 [101]. Un nombre d'intervenants plus faible rend impossible une couverture en dehors des heures de bureau (voir ci-dessous). Un nombre plus élevé implique un groupe trop nombreux d'usagers à suivre pour que tous les membres de l'équipe puissent tous les connaître.

Suivi en équipe

Le suivi en équipe implique que, sauf exception, chaque usager devrait connaître et bénéficier du soutien de chacun des intervenants. Un ratio de 1 intervenant pour 8 à 12 usagers, joint à une approche de traitement par équipe, permet de donner à chaque usager un suivi individualisé comportant plusieurs aspects intégrés (suivi médical, soutien au logement, réadaptation, etc.) et qui met à contribution les spécialités des différents membres de l'équipe. Ceci requiert des échanges continus entre les membres de l'équipe, préférablement au moyen d'une rencontre quotidienne. Il est préférable que l'équipe soit coordonnée par un intervenant qui donne lui-même aussi des services directs au client, de façon à ce que le coordonnateur ait une connaissance directe de la situation de chaque usager.

Fonctionnement quotidien

Le travail se fait principalement dans le milieu de vie des usagers et non dans les bureaux des intervenants[4]. L'insertion communautaire de l'équipe est facilitée si l'équipe est localisée dans un bâtiment séparé, distinct d'un hôpital, aussi proche que possible du milieu de vie de la majorité des clients desservis. Le travail de l'équipe consiste à favoriser chez l'usager l'apprentissage d'activités quotidiennes telles que le ménage et la cuisine, la résolution de crises diverses (évictions, arrestations, rechutes psychotiques), l'accompagnement aux services judiciaires ou gouvernementaux, le soutien (parfois quotidien) à la prise des médicaments prescrits, la prestation directe de services cliniques divers, et la représentation auprès des propriétaires de logement, des employeurs et des autres membres de la communauté avec qui les clients sont en relation. De façon à pouvoir accompagner l'usager dans toutes les sphères importantes de sa vie et dans ses moments de crise, des membres de l'équipe devraient être en service les soirs et la fin de semaine. Si un membre n'est pas disponible sur appel pendant la nuit, l'équipe de suivi intensif travaillera en coordination étroite avec un service de crise qui fonctionne 24 heures par jour, 7 jours par semaine. L'usager devrait ainsi

[3] Nous indiquons «préférablement» pour laisser place à des adaptations du modèle, de type «Bridge» (voir plus loin). Il faut noter, cependant, que l'intégration du traitement médical et des services de réadaptation au sein d'une même équipe, qui exige l'inclusion dans l'équipe d'un psychiatre et d'infirmières, est une caractéristique importante du modèle dans sa forme «pure».

[4] On utilise le genre masculin, par exemple dans «usager» et «intervenant», en vue d'alléger le texte.

pouvoir compter sur une aide familière, sinon à tout moment, du moins avec un délai d'au plus quelques heures.

Relations avec les autres services

Une coordination étroite des services implique que l'équipe cherche à fournir le maximum de services directement, en faisant peu ou pas appel à une clinique externe. On évite le recours aux résidences supervisées, préférant donner aux usagers le soutien nécessaire pour qu'ils puissent vivre dans leur propre logement. On évite aussi les ateliers protégés, préférant placer les usagers dans un emploi non protégé où on leur fournit le soutien nécessaire. L'équipe, qui devrait inclure au moins un spécialiste en toxicomanie, cherche autant que possible à aider directement les usagers toxicomanes à prendre le contrôle de leur consommation, sans faire appel à un programme distinct (hormis, par exemple, un programme de type Alcooliques Anonymes auquel l'équipe peut avoir recours dans le cadre d'un traitement individualisé coordonné par l'équipe).

Cependant, si la famille est capable de jouer un rôle d'aide et est disposée à le faire, on cherche à l'impliquer dans le suivi [70]. On favorise aussi la participation à des activités sociales et culturelles diverses, selon les intérêts de l'usager (par exemple, un organisme communautaire orienté vers l'expression artistique ou un organisme d'entraide). On fait appel aussi à une variété de ressources, selon les besoins de chaque usager. Par exemple, on s'arrangera pour que des infirmières de CLSC se rendent chez un usager qui a besoin de soins de santé physique à domicile. La question des liens entre le modèle de suivi intensif en équipe et les autres ressources est abordée en détail à la section 6.

Objectifs poursuivis et philosophie du suivi

L'équipe de suivi intensif cherche à augmenter l'autonomie fonctionnelle de l'usager et à favoriser son intégration dans la communauté. Pour ce faire, l'équipe cherche à: (1) aider l'usager à développer ses habiletés de vie quotidienne (e. g., comment cuisiner un plat chez lui); (2) encourager l'usager à assumer ses responsabilités (e. g., emploi) et à agir en tenant compte des conséquences de ses choix; (3) aider l'usager à prendre ses médicaments, ce qui peut entraîner des visites quotidiennes chez lui[5]; (4) accompagner l'usager dans ses démarches auprès du gouvernement, de la justice, etc. (e. g., pour obtenir ses prestations de la sécurité du revenu); et (5) intervenir auprès des propriétaires de logement, des employeurs actuels ou potentiels, des commerçants, des voisins, etc., pour les aider à accepter et à mieux composer avec les comportements des usagers. On veut donner à l'individu tout le soutien dont il a besoin, mais pas plus, de façon à ne pas encourager la dépendance. La construction ou reconstruction d'un tissu social pour l'usager est encouragée, de façon à favoriser son autonomie ultime. Finalement, comme on l'indique plus loin, le modèle en lui-même laisse une latitude considérable quant à la nature de la relation entre les membres de l'équipe et l'usager.

[5] L'emphase sur l'importance de la prise des médicaments prescrits est une caractéristique à peu près universelle des programmes étudiés dans la littérature et implantés jusqu'à ce jour. L'attention grandissante aux droits des usagers, qui se manifeste aux États-Unis comme au Québec, influence aussi les approches au soutien à la prise de médicaments: développement, parfois long, d'une relation de confiance avec l'usager, négociations sur les doses, écoute et respect des plaintes de l'usager par rapport aux effets secondaires, etc. [34, 101].

Un modèle toujours en évolution

Le modèle de suivi intensif en équipe a été adapté à différents contextes avec des résultats qui demeurent positifs. Originellement issu d'un hôpital psychiatrique, il a été adapté au milieu communautaire, avec une équipe ne comprenant pas de médecin : il s'agit d'une variante du modèle communément appelée «Bridge» d'après le nom du programme à Chicago où il a été implanté en premier [108, 111][6]. Il a aussi été adapté au milieu rural [94]. Au cours des dernières années, le modèle a continué à évoluer.

- L'emphase sur l'inclusion au sein de l'équipe d'un usager agissant à titre d'intervenant ainsi que de spécialistes en toxicomanie reflète les résultats d'études récentes [41, 43, 44, 49, 75].

- On met de plus en plus d'emphase sur l'intégration du soutien au travail à la mission de l'équipe. La meilleure façon de concrétiser cette relation n'est cependant pas encore résolue. Certains favorisent la présence d'un spécialiste en réadaptation professionnelle au sein de l'équipe [2] tandis que d'autres, selon leur interprétation d'études récentes, préconisent plutôt le modèle de «placement individuel et soutien» (« *individual placement and support* ») [39] (Gary Bond, communication personnelle, août 1998).

- Deux études récentes soulignent l'importance de soutenir les relations des familles avec les usagers [70, 71].

- Les débats actuels parmi les experts américains portent aussi sur la norme de 1 intervenant pour 10 usagers; on commence à se demander sur le terrain si un ratio allant jusqu'à 1:20 (mais pas plus) ne peut pas être acceptable tant et aussi longtemps que les usagers desservis ne sont pas trop mal en point (Gary Bond, communication personnelle, août 1998).

- Le traitement optimal d'une personne stabilisée – services moins intensifs toujours donnés par l'équipe de suivi, ou transfert à des services plus légers – est une autre question débattue [92].

- On commence à peine à explorer la possibilité d'incorporer au suivi intensif en équipe les méthodes de formation aux habiletés sociales (« *social skills training* ») [83].

- On commence à explorer l'ajout possible de la thérapie comportementale dialectique (« *dialectical behavior therapy* ») au suivi intensif en équipe pour l'adapter aux besoins des personnes atteintes de troubles de personnalité dits d'état-limite.

- On accorde une importance grandissante aux considérations éthiques dans la prise en charge communautaire; associée à la présence de plus en plus fréquente d'usagers (ou ex-usagers) agissant comme intervenants au sein des équipes, cette caractéristique entraîne une évolution de la nature des relations entre les intervenants et les usagers qu'ils

[6] On retrouve encore aujourd'hui deux courants importants dans la diffusion du modèle aux États-Unis. Au Wisconsin et au Rhode Island, en particulier, on privilégie la version originelle de Madison, caractérisée par des équipes de 10 personnes ou même plus, permettant une couverture 24/7 (l'équipe originelle comptait 18 personnes [101], réparties sur deux quarts de huit heures chacun). Au Michigan, en revanche, et dans les programmes basés sur la version «Bridge», on trouve surtout des équipes plus petites, munies de téléavertisseurs (Gary Bond, communication personnelle, août 1998). Les recherches effectuées jusqu'à ce jour ne permettent pas de déterminer laquelle des deux versions est la plus efficace, bien que la seconde soit probablement moins coûteuse (Gary Bond, communication personnelle, août 1998). Les équipes plus petites sont probablement les plus répandues. Les deux importants manuels d'implantation parus en 1998 sont issus principalement du Wisconsin et reflètent donc la version originelle du modèle [2, 101].

desservent [31, 34, 101]. En particulier, on recommande maintenant, dans la pratique de l'*ACT*, de prendre comme point de départ les forces et faiblesses personnelles de l'usager et de formuler des objectifs pour son suivi à partir de ses préférences propres, dans une approche de collaboration [83, 101]. Ainsi, les prémisses philosophiques du modèle de suivi dit des «forces personnelles» ont maintenant été incorporées dans celles du suivi intensif en équipe.

Il ne faut donc pas voir le modèle de suivi intensif en équipe comme une structure figée, mais comme une approche de suivi qui peut être adaptée au contexte dans lequel on l'implante; de plus, l'expérimentation lui permet de se raffiner de plus en plus.

2.2 COMPARAISON AVEC LE SUIVI INTENSIF INDIVIDUEL

Il aurait été possible d'évaluer en détail, dans ce rapport, le suivi intensif en équipe et le suivi intensif individuel, mais il a été décidé plutôt d'en restreindre le champ au suivi en équipe, et ce pour plusieurs raisons.

D'abord, on associe une plus grande fidélité au modèle de suivi en équipe, particulièrement dans les domaines du personnel et de l'organisation de l'équipe, à une plus grande réduction dans les hospitalisations [74]. Cette dernière réduction est à son tour associée à une plus grande qualité de vie chez les usagers, selon les conclusions d'une synthèse de plusieurs études [83]. De plus, les revues récentes de la littérature qui examinent à la fois le suivi intensif en équipe et le suivi intensif individuel ou bien ne font pas de différence entre les deux sur les plans cliniques, de la satisfaction, etc. [83], ou bien donnent l'avantage au suivi en équipe [68, 69], particulièrement lorsqu'il est fidèle au modèle de Stein et Test [96, 97]. Seul le modèle de suivi individuel dit des «forces personnelles», qui n'a été évalué que par deux petites études, quoiqu'avec des résultats encourageants [66, 79], mérite selon Scott et *al.* [96] et Marshall et *al.* [69] d'être examiné de plus près.

Ensuite, plusieurs arguments de nature clinique ou organisationnelle appuient le fonctionnement en équipe [41, 100, 101] :

- Le suivi en équipe permet à l'usager d'entrer en relation avec plus d'un intervenant : il peut donc exprimer ses préférences à plus d'un intervenant.

- L'usager en crise peut se faire aider par plusieurs intervenants à la fois, intervenants avec lesquels il est déjà familier; de plus, l'intensité et la qualité du soutien qui peut être accordé à de tels moments critiques sont beaucoup plus grandes.

- L'usager peut être suivi à tout moment par un intervenant qu'il connaît.

- Le travail en équipe permet de mettre à contribution les habiletés professionnelles et personnelles complémentaires des intervenants, ce qui augmente l'efficacité potentielle du suivi.

- Du point de vue des intervenants, ceux-ci peuvent s'appuyer mutuellement sur le plan émotionnel ainsi qu'en termes de présence au travail, réduisant l'épuisement (« *burn-out* ») [101] – ce qu'au moins une étude quasi expérimentale a pu confirmer empiriquement [19, 20][7]. Cette même étude rapporte aussi une plus grande satisfaction à l'égard de l'emploi pour le suivi en équipe.

[7] Stein et Santos mentionnent à cet égard la possibilité de célébrer à plusieurs, au sein de l'équipe, des événements positifs auxquels tous les membres de l'équipe auront contribué – par exemple, le fait qu'un usager ait finalement accepté de se laver [100]!

Pour toutes ces raisons, le suivi intensif en équipe semble un modèle d'organisation plus prometteur que le suivi intensif individuel, pour cette clientèle atteinte de troubles mentaux graves. C'est pour cela que le suivi intensif en équipe en particulier, et non le suivi intensif en général, constitue le sujet de ce rapport.

Rappelons encore que le présent rapport ne discute pas directement de la pertinence ou de l'efficience de modèles de suivi moins intensifs destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux graves et dont les besoins sont moins aigus. Pour une discussion plus détaillée de ces modèles, en langue française, le lecteur pourra consulter le rapport récent du Comité de la santé mentale du Québec, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale* [28].

3. RÉSULTATS D'ÉVALUATIONS DE PROGRAMMES BASÉS SUR LE MODÈLE DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE DANS LA COMMUNAUTÉ

Ce chapitre rapporte les résultats d'évaluations de programmes de suivi intensif en équipe dans la communauté. Il est important de noter que, parmi les programmes qui ont été évalués dans la littérature, très peu se conforment exactement au modèle décrit dans la section précédente. Il est difficile, en effet, dans la pratique, de calquer dans tous ses détails un programme réel sur un modèle précis.

3.1 IDENTIFICATION DES ÉTUDES PERTINENTES

À partir des revues des études faites par Mueser et *al.* [83] et par Scott et Dixon [96], nous avons identifié d'autres revues ainsi que les articles décrivant des études expérimentales ou autres sur le suivi intensif en équipe et ses variantes remontant à Fenton et *al.* [50]. Outre les revues systématiques relevées par Scott et Dixon [12, 21, 88], la synthèse de la littérature qu'a faite Claude Leclerc pour le Comité de la Santé Mentale du Québec a été utilisée pour l'identification d'articles primaires [28], de même qu'une revue systématique contenue dans la banque de données Cochrane [69]. Quelques-unes des références citées faisaient partie de la «littérature grise» et, dans la plupart des cas, ont pu être obtenues [8]. Pour la période 1995-1998, nous avons fait une recherche informatisée sur Medline, InfoPsych et Embase en utilisant diverses combinaisons de mots-clefs décrivant les concepts de maladie mentale, traitement communautaire, et efficience. Les résumés des articles identifiés ont été examinés et les articles qui semblaient pertinents obtenus.

La revue des études expérimentales ou quasi expérimentales sur le suivi intensif en équipe (i.e., le modèle *ACT*) exige que l'on identifie au départ les études qui décrivent de tels programmes. Cet exercice est compliqué par le fait que les programmes de suivi décrits dans la littérature varient selon un grand nombre de dimensions. Si l'on ne retenait que les programmes qui répondent exactement à la description du modèle de suivi intensif en équipe qui vient d'être faite, leurs effets ne seraient évalués qu'à partir d'un nombre assez faible d'études. Étant donné que dans la pratique la plupart des programmes implantés ont été des adaptations du modèle plutôt que des copies exactes, il est plus pertinent de faire l'évaluation à partir d'un échantillon plus large d'études.

Trois critères principaux ont été utilisés pour identifier les études pertinentes :

- Le suivi offert par le programme doit être un suivi en équipe, comprenant au moins deux intervenants et un psychiatre impliqués directement dans le suivi d'un client donné. Ainsi les nombreuses études décrivant un suivi individuel (suivi par un seul intervenant et non par une équipe) ont été exclues de l'analyse. Comme le signalent Mueser et *al.*, le suivi en équipe est la caractéristique essentielle permettant de distinguer les modèles appelés aux États-Unis « *Assertive Community Treatment* » et « *Intensive Case Management* » [83].
- Le suivi doit se faire principalement dans la communauté, et non dans les bureaux des intervenants.
- L'étude doit suivre un devis pré-post ou randomisé avec groupe témoin ou quasi expérimental.

En outre, quelques études ont été exclues parce qu'elles décrivaient un programme *nécessitant* la participation d'un membre de la famille [50, 70].

Trois études utilisant un devis quasi expérimental et satisfaisant aux deux premiers critères ont été relevées. Au total, 19 études randomisées et

15 études non randomisées ont été retenues. Leurs caractéristiques principales sont résumées aux Tableaux 3.1 et 3.2[8].

3.2 EFFETS DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE SUR DIVERS ASPECTS RELIÉS AU BIEN-ÊTRE DES USAGERS ET DE LEURS FAMILLES AINSI QU'À LEUR SATISFACTION À L'ÉGARD DES SERVICES

Le Tableau 3.3 résume les résultats des études relevées quant aux effets sur les symptômes, le niveau de fonctionnement, la stabilité résidentielle, la qualité de vie, l'assiduité dans la prise de médicaments, l'emploi, la consommation d'alcool et de drogues, les contacts avec le système judiciaire, la satisfaction des usagers et celle des familles à l'égard des services, et le fardeau des familles. (La codification des résultats suit de près celle de Mueser, Bond et *al.*, [83][9].) Les effets mesurés sont par rapport au groupe témoin ou de comparaison, rapportés aux Tableaux 3.1 et 3.2.[10]

On observe que les programmes inspirés du modèle de suivi intensif en équipe ont des effets bénéfiques ou neutres sur les usagers. Toutes les études, sauf une, ne relèvent aucun effet négatif au suivi intensif en équipe: la seule exception, McGrew et *al.* [72], relève une augmentation dans les contacts avec le système judiciaire dans une étude à devis pré-post. Les auteurs de l'étude attribuent cette augmentation à une mesure plus serrée des contacts avec le système judiciaire suite à l'entrée des clients dans le programme.

Il vaut la peine de noter que la présentation uniforme des résultats des études que l'on trouve dans le tableau 3.3 cache une grande variété dans les instruments de mesure employés dans différentes études. Par exemple, la mesure de la qualité de vie comporte deux grandes dimensions: subjective et objective. La qualité de vie subjective est elle-même mesurée à l'aide de différents instruments, la plupart se basant sur les perceptions des usagers eux-mêmes, certaines y alliant le jugement des intervenants. La qualité de vie objective reflète des jugements quant à l'environnement physique de l'usager, l'étendue de son réseau social, etc. Certaines études n'utilisent qu'une échelle de qualité de vie telle que perçue par les usagers, d'autres des mesures de qualité de vie objective, etc. L'absence quasi totale d'effets négatifs mesurés est d'autant plus frappante que ces effets ont été mesurés de façons très variées.

---

[8] Toutes les études classifiées par Mueser, Bond et *al.* [83] comme portant sur l'*ACT* ne se retrouvent pas ici. Dans quelques cas il s'agit d'études non publiées, relevées pour la première fois à notre connaissance par Mueser, Bond et *al.*, que nous n'avons pas réussi à obtenir à temps. Dans d'autres cas, il nous a semblé à la lecture de la description du programme qu'il s'agissait plutôt de « case management » intensif (i.e., suivi individuel) que d'*ACT* (i.e., suivi en équipe).

[9] Cette codification a été faite par trois des auteurs de l'article et peut être considérée comme fiable. Cependant, nous avons fait notre propre codification pour trois études qui n'ont pas été relevées par Mueser, Bond et *al.* [83] (Lafave, Souza et *al.* [62]; Drake, McHugo et *al.* [41]; Essock, Frisman et *al.* [47]. Nous avons aussi éliminé deux points d'interrogation dans la cotation de Chandler [25], puisqu'ils nous semblaient assez clairement résolubles à partir de l'article. Finalement, nous avons également séparé les dimensions de satisfaction des parents en deux volets, soient à l'égard des services et du fardeau familial.

[10] Dans les quelques cas où il y a plus d'un groupe de comparaison, la différence est cotée de la même façon quel que soit le groupe envisagé.

Tableau 3.1 : Caractéristiques principales des études retenues comportant des devis randomisés

No.	Étude et lieu	Population Étudiée	% schiz.[a]	Programme[b]	Groupes (n)[b]	Durée	Dimensions étudiées[c]
1	Stein et Test 1980 [102] Madison, WI	Présentation à l'urgence	50	*ACT* original	*ACT* (65) SCE (65)	1 an	H,S,F,J,FF,Q, SSf,SR,E,C
2	Mulder 1982 [85]; Mowbray et *al.* 1998 [82] Kent County, MI	Hospitalisations antérieures	79	Réplique de l'*ACT*	*ACT* (59) SCE (62)	30 m.; 66 m.	H,F,E,Q; H
3	Hoult et *al.* 1983 [56] Sydney, Australie	Présentation à l'urgence	50	Réplique de l'*ACT*	*ACT* (60) SCE (60)	1 an	H,S,F,FF, SSu, SSf,E,C
4	Bond et *al.* 1988 [13] Indiana (3 sites)	Hospitalisations antérieures	75	Adaptation «Bridge»	*ACT* (84) CM (83)	6 m.	H,J,AM,Q,C
5	Bond et *al.* 1990 [15] Chicago, IL	Hospitalisations antérieures	67	Adaptation de type «Bridge»	*ACT* (45) DIC (43)	1 an	H,S,F,SR,J,Q, E, SSf ,C
6	Bush et *al.* 1990 [22] Atlanta, GA	Hospitalisations antérieures	86	Adaptation de type «Bridge»	*ACT* (14) SCE (14)	1 an	H,AM
7	Test et *al.* 1991 [106]; Madison, WI	Schizophrènes	100	*ACT* fidélité maximale	*ACT* (75) SCE (47)	7 ans	H,J,E,F,Q,SR
8	Morse et *al.* 1992 [80]; St. Louis, MO	Sans domicile Fixe	30	Adaptation de type «Bridge»	*ACT* (52), SCE (64), DIC (62)	1 an	S,F,SR,T, SSu
9	Marks et *al.* 1994 [67]; Londres, Angl.	Présentation à l'urgence	49	Réplique de l'*ACT*	*ACT* (92) SCE (97)	20 m.	H,S,F,SSu, SSf,C
10	Rosenheck et *al.* 1995 [91]; É.U. (10 sites VA)	Hospitalisations antérieures	50	Adaptations plus ou moins fidèles	*ACT* (454) SCE (419)	2 ans	H,S,F,SSu, SSf,C
11	Åberg-Wistedt et *al.* 1995 [1]; Stockholm	Admissions récentes ou patients Externes	88	Adaptation particulière[d]	*ACT* (20) SCE (20)	2 ans	H,F,Q, SSf
12	Solomon et Draine, 1995 [98]; Philadelphie	Sans domicile fixe; sortie de prison	84	Réplique de l'*ACT*	*ACT* (60); CMJ (60); SCE (80)	1 an	H,S,F,SR,J,Q
13	Quinlivan et *al.* 1995 [90]; San Diego, CA	Hospitalisations antérieures	68	Adaptation «Bridge»	*ACT* (30); CM (30) Pas de CM (30)	2 ans	H,C
14	Chandler et *al.* 1996, 1997 [24, 25]; Californie (2 sites)	Déficits fonctionnels et sous assistance publique	61	*ACT* avec capitation	*ACT* (217) SCE (222)	1 an	H,S,F,SR,J,O,A M,E,SSu,C
15	LaFave et *al.* 1996 [62]; Brockville, Ontario	Utilisation élevée de services	57	Réplique de l'*ACT*	*ACT* (24) SCE (41)	25 m.	H,S,SR,Q,SSu
16	Morse et *al.* 1997 [81]; St. Louis, MO	Sans domicile fixe	66	Adaptation de type «Bridge»	*ACT*, *ACT*+P, SCE (total 165)	18 m.	S,SR,AD,Ssu

(Suite du tableau à la page suivante)

Tableau 3.1 (suite) : Caractéristiques principales des études retenues comportant des devis randomisés

No.	Étude et lieu	Population étudiée	% schiz.[a]	Programme[b]	Groupes (n)[b]	Durée	Dimensions étudiées[c]
17	Lehman et *al.* 1997 [63]; Baltimore, MD	Hospitalisations antérieures; sans domicile fixe	58	*ACT* avec usagers et intervenants pour familles	*ACT* (77) SCE (75)	1 an	H,S,F,SR,J, AD,Q
18	Drake et *al.* 1998 [41]; Clark et *al*, 1998 [113] New Hamp. (7 sites)	Toxicomanie	76	*ACT* adapté aux toxicomanes	*ACT* (109) CM (114)	3 ans	H, S, SR, AD, Q
19	Essock et Kontos, 1995 [46]; Essock et *al.* 1998 [47]; Connecticut (3 sites)	Hospitalisations antérieures	67	Haute fidélité	*ACT* (131) CM (131)	18 m.	H,S,SR,Q,FF, C

Notes :

[a] Pourcentage atteint de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif.

[b] *ACT* : « *Assertive Community Treatment* »;
ACT+P : *ACT* avec équipe comprenant des travailleurs communautaires paraprofessionnels;
CM : « *Case Management* » (suivi communautaire non-intensif, avec 25 usagers ou plus par intervenant);
CMJ : « *Case Management* » Judiciaire (suivi communautaire par des intervenants préparés à composer avec une clientèle avec problèmes judiciaires);
DIC : « *drop-in center* », ressource communautaire offrant des opportunités de loisirs et de socialisation;
SCE : suivi traditionnel par clinique externe sans suivi communautaire.

[c] AM: assiduité dans la prise de médicaments (« *medication compliance* »);
C : coûts;
E : emploi;
F : fonctionnement, social et autre;
FF : fardeau familial;
H : hospitalisations;
J : contacts avec le système judiciaire;
Q : qualité de vie (objective ou subjective);
SR : stabilité résidentielle;
SSu : satisfaction à l'égard des services exprimée par les usagers;
SSf : satisfaction à l'égard des services exprimée par les familles;
T : consommation d'alcool ou de drogues.

[d] Programme impliquant une équipe interne assurant le suivi le soir et la fin de semaine, et une équipe externe, comprenant un psychiatre, assurant le suivi durant les heures de bureau normales. L'usager rencontre l'équipe entière à toutes les deux semaines. De plus, un intervenant désigné passe 4 heures par semaine avec l'usager.

On ne peut dire dans quelle mesure les nombreux effets apparemment nuls (signe d'égalité dans le tableau 3.3) du suivi intensif en équipe peuvent être attribués à la faible puissance statistique d'un grand nombre des études (due à leur échantillons restreints) et à l'hétérogénéité des

Tableau 3.2 : Caractéristiques principales des études comportant des devis non randomisés

No.	Étude et lieu	Population étudiée	% schiz	Programme[b]	Devis[c]	Groupes (n)[b]	Durée	Dimensions étudiées[d]
20	Witheridge et *al.* 1982 [112]; Bond 1984 [7]; Chicago, IL	Surtout hospitalisations antérieures	76	Adaptation «Bridge»	PP	*ACT* (40)	1 an	H,C
21	Bond et *al.* 1985 [16]; Chicago, IL	Hospitalisations antérieures	NS	Adaptation «Bridge»	PP	*ACT* (30)	1 an	H
22	Borland et *al.* 1989 [17]; Spokane, WA	Hospitalisations antérieures	99	Adaptation à caractère coercitif	PP	*ACT* (72)	5 ans	H,AD,AM
23	Wright et *al.* 1989 [113]; Seattle, WA	Hospitalisations antérieures	75	Fidélité assez faible	PP	*ACT* (196)	4 ans	H,J
24	Bond et *al.* 1991 [11]; Indiana (3 sites)	Hospitalisations antérieures; jeunes toxicomanes	70	Adaptation «Bridge»	QE	*ACT* (31); GE (23); SCE (43)	18 m.	H,SR,J,AD,AM,Q,E,SSu
25	Bond et *al.* 1991 [14]; Philadephie, PA	Hospitalisations antérieures	64	Adaptation «Bridge»	QE	*ACT* (30) CM (10)	2 ans	H
26	Santos et *al.* 1993 [94]; Caroline du Sud (rural)	Hospitalisations antérieures ou symptômes réfractaires	74	Adaptation rurale de l'*ACT* avec psychiatre. + 2 infirmières.	PP	*ACT* (23)	4 à 26 m.	H,C
27	Santos et *al.* 1993 [95]; Charleston, SC	Hospitalisations antérieures	100	Réplique *ACT*	PP	*ACT* (52)	1 an	H,SR,C
28	Drake et *al.* 1996 [42]; New Hampshire	Toxicomanie	100	*ACT* + traitement Pour toxicomanie	PP	*ACT*+ TIDD (18)	4 ans	AD
29	Dincin et *al.* 1993 [37]; Chicago, IL	Hospitalisations antérieures	NS	Adaptation «Bridge»	PP	*ACT*(66)	3 ans	H
30	Dharwadkar, 1994 [33]; Dandenong, Austral.	Hospitalisations antérieures	NS	*ACT* sans 24/7	PP	*ACT* (50)	1 an	H
31	Hambridge et Rosen, 1994 [54]; Sydney, Australie	Hospitalisations antérieures	83	*ACT* avec suivi Assez individuel	PP	*ACT* (50)	1 an	H,S,F
32	Sands et Cnaan, 1994 [93]; Philadelphie, PA	Hospitalisations antérieures	90	Adaptation *ACT*; 100% en log. sup., 50% pour CMI.	CA	*ACT* (30) CMI (30)	1 à 12 m.	H,F,SR,AD, AM,E
33	McGrew et *al.* 1995 [72]; Indiana (6 sites)	Hospitalisations antérieures	65	Adaptations rurales de l'*ACT*	PP	*ACT* (212)	18 m.	H,F,SR,J, AM,Q,E
34	Meisler et *al.* 1997 [76]; Wilmington, DE	Sans domicile fixe; toxicomanes	NS	*ACT* avec traitement intégré pour toxicomanie	PP	*ACT* (114)	12 à 48 m.	H,SR,J,AD,E

Notes du Tableau 3.2 :

[a] Voir note a du Tableau 3.1. NS: non spécifié.
[b] Voir note b du Tableau 3.1 CMI: « *Case Management* » Intensif;
GE: Groupes éducatifs.
[c] PP: pré-post (comparaison avant-après);
QE: quasi expérimental (groupe de comparaison sans assignation aléatoire);
CA: comparaison de cas appariés sur des critères prédéterminés.
[d] Voir note c du Tableau 3.1.

Tableau 3.3 : Effets du suivi intensif en équipe sur divers aspects reliés au bien-être des usagers et de leurs familles ainsi qu'à leur satisfaction à l'égard des services

No.	Étude	S	F	SR	Q	AM	E	AD	J	Ssu	SSf	FF
1	Stein et Test 1980 [102]	+	+=	+	+	+	+		=			=
2	Mulder 1982 [85]; Mowbray 1996 [82]		=		+		=					
3	Hoult et *al.* 1983 [56]	+-	=				=		=	+	+	
4	Bond et *al.* 1988 [13]				=	=			=			
5	Bond et *al.* 1990 [15]	+	=	+=	=		=		+	+		
6	Bush et *al.* 1990 [22]					+						
7	Test 1991 [106]; Allness 1997 [2]	+	=		+		+		+			
8	Morse et *al.* 1992 [80]	=	=	+			+	=				
9	Marks et *al.* 1994 [67]	+=	+=							+	+	
10	Rosenheck et *al.* 1994 [91]											
11	Åberg-Wistedt et *al.* 1995 [1]		=		=						+	=
12	Solomon et Draine 1995 [98]	=	=	=	=			=	=			
14	Chandler et *al.* 1996 [24]	=	=	=	+=		+	=	=			+
15	LaFave et *al.* 1996 [62]	=		+	+					+=		
16	Morse et *al.* 1997 [81]	+		+=				=		+		
17	Lehman et *al.* 1997 [63]	+=	=	+	+=			=	+			
18	Drake et *al.* 1998 [41]	=		=	+=			+=				
19	Essock et *al.* 1998 [47]	=			+		=					+=
22	Borland et *al.* 1989 [17]					+		+				
23	Wright et *al.* 1989 [113]								+			
24	Bond et *al.* 1991 [11]			=	=	=	=	=	=		=	
25	Bond et *al.* 1991 [14]											
26	Santos et *al.* 1993 [94]			+								
27	Santos et *al.* 1993 [95]			+								
28	Drake et *al.* 1993 [42]0							+				
30	Dharwadkar 1994 [33]	+										
31	Hambridge et Rosen 1994 [54]	+	+									
32	Sands et Cnaan 1994 [93]		=	=		+	=	=				
33	McGrew et *al.* 1995 [72]		+	=	+	=	=		-			
34	Meisler et *al.* 1997 [76]			+				+				

Note: + : signifie un effet positif (i.e., désirable) du suivi intensif en équipe.
+= : signifie un effet positif, mais d'importance marginale.
+- : signifie que l'effet dépend de la mesure utilsée.
-= : signifie un effet négatif d'importance marginale.
= signifie que les différences sont non significatives du point de vue statistique.

S : symptômes
F : le fonctionnement social
SR : la stabilité résidentielle
Q : la qualité de vie
AM : l'assiduité dans la prise de médicaments
E : l'emploi
AD : l'abus d'alcool et de drogues
J : les contacts avec le système judiciaire
SSu : la satisfaction des usagers à l'égard des services
SSf la satisfaction des parents à l'égard des services
FF : le fardeau familial

programmes étudiés. Par exemple, les contacts avec le système judiciaire sont relativement rares et une étude avec un échantillon relativement faible a peu de chances de pouvoir détecter une différence. L'absence quasi totale d'effets négatifs mesurés suggère que les effets réels des programmes sont favorables. Il semble évident, en même temps, que les caractéristiques particulières des différents programmes affectent leur efficacité sur différents plans. Comme on le verra plus loin, une relation semble exister à tout le moins entre le degré de fi-délité au modèle *ACT* et le pourcentage de réduction dans les jours d'hospitalisation[11].

Dans leur revue de la littérature récente, Mueser et *al.* [82] proposent quelques arguments pertinents. Les résultats positifs sur le plan des symptômes se comprennent, selon eux, à la lumière du modèle de vulnérabilité au stress [87]. Celui-ci implique en effet que la réduction de stress, la surveillance des symptômes, l'assiduité dans la prise de médicaments, et le contrôle de la toxicomanie, tous favorisés par le suivi en équipe, devraient contribuer à réduire l'intensité des symptômes [82].

Mueser et *al.* concluent d'autre part que les effets sur le fonctionnement social sont presque inexistants. Selon eux, cela tient à ce que le suivi intensif en équipe tel qu'il a été pratiqué jusqu'à maintenant ne fait pas appel aux techniques d'apprentissage des habiletés sociales (« *social skills training* ») [83]. Ces méthodes, qui impliquent un apprentissage systématique, de préférence dans le milieu de vie de la personne, peuvent être efficaces [35, 84][12].

On voit aussi à la lecture du Tableau 3.3 que peu d'études ont évalué les effets du suivi intensif en équipe sur le fardeau parental et leur satisfaction à l'égard des services de suivi intensif en équipe. Les résultats suggèrent dans l'ensemble que le suivi intensif en équipe réduit le fardeau parental et augmente leur satisfaction par rapport aux services. Il est à propos de noter aussi que des travaux récents suggèrent qu'on peut obtenir d'encore meilleurs résultats sur le plan de la satisfaction des parents en associant à l'*ACT* une intervention systématique auprès des familles [70][13].

On peut donc conclure que le suivi intensif en équipe est bénéfique pour les usagers, de leur propre point de vue tout autant que de celui des intervenants, de même que pour leurs familles; il est plus bénéfique que la prise en charge soit par clinique externe, soit par un suivi non intensif. Les questions qui demeurent portent plutôt sur les façons d'optimiser le suivi intensif en équipe

[11] Il pourrait sembler naturel de synthétiser ces résultats au moyen d'une approche méta-analytique. Il nous a semblé que celle-ci est assez difficile à appliquer de façon crédible dans ce contexte-ci; car il existe une grande hétérogénéité entre les programmes étudiés, les sujets et les contextes organisationnels. Il n'y a donc pas de raison de croire que les effets réels sont les mêmes d'une étude à l'autre. De plus, les résultats sont, on l'a vu, uniformément soit non significatifs, soit positifs. On n'a donc pas besoin d'une approche méta-analytique pour conclure à l'efficacité du modèle tant sur le plan de la réduction des hospitalisations que de la qualité des soins. En dépit de ces arguments, Marshall et *al.* ont néanmoins appliqué une méthode méta-analytique pour arriver à des conclusions semblables à celles que nous présentons [68, 69].

[12] Le groupe de Robert Liberman à l'Université de Californie à Los Angeles est en train de piloter une étude sur cette question (Gary Bond, communication personnelle, août 1998).

[13] Ces résultats, alliés aux effets bénéfiques sur les usagers eux-mêmes, ont amené la *National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)*, l'influente association nationale américaine de parents et amis des malades mentaux, à prendre des mesures importantes pour favoriser la diffusion du suivi intensif en équipe. La *NAMI* a reconnu le suivi intensif en équipe (*ACT*) comme le modèle le plus efficace pour le suivi communautaire des personnes aux prises avec une maladie mentale sévère, et l'*ACT* constitue un élément de sa stratégie pour combattre la discrimination contre la maladie mentale (« *Campaign to End Discrimination* ») [40, 51]. Elle a créé une filiale, PACT Inc., dont le but est de favoriser la diffusion du modèle, en partie en contribuant au développement de normes nationales pour les programmes *ACT* et en offrant des services de certification de programmes [75].

pour qu'il réponde encore plus efficacement aux besoins très variés des usagers [83, 96].

3.3 Effets du suivi intensif en équipe sur les hospitalisations

La réduction dans les jours d'hospitalisation est l'effet du suivi intensif en équipe dans la communauté qui se manifeste le plus régulièrement [12, 83, 96, 97]. Nous avons tenté d'estimer le pourcentage de réduction auquel on pourrait s'attendre, à partir des études examinées, en implantant le suivi intensif en équipe au Québec. Pour ce faire, nous avons d'abord calculé ou relevé, chaque fois que c'était possible, le pourcentage de réduction dans les jours d'hospitalisation obtenu par un programme *ACT*[14] Nous avons exclu trois sites d'études multicentriques identifiés par les auteurs comme n'ayant pas implanté le modèle *ACT* : le site B (Fort Wayne) de l'étude de Bond et *al.* [13] et les sites GMS-2 et GMS-5 de l'étude Rosenheck et *al.* [91]. Il reste alors 33 sites provenant de 25 études [13, 14, 15, 16, 17, 22, 33, 37, 47, 54, 55, 62, 63, 67, 72, 82, 90, 91, 93, 94, 95, 102, 106, 111, 112]. Le Tableau 3.4 indique les résultats.

Étant donné la plus grande validité interne des estimés obtenus d'essais randomisés, il semble raisonnable de conclure que l'implantation d'un programme *ACT* réduirait les jours d'hospitalisation d'environ 50 %, 20 % et 80 % représentant des réductions à environ un écart type de la moyenne. Ces nombres seront repris plus tard dans le rapport, à la section 7.

Plusieurs mécanismes semblent contribuer à ces réductions importantes dans les jours d'hospitalisation. Ceux-ci agissent soit en réduisant le nombre d'admissions, soit en réduisant la durée de séjour. Les commentaires que l'on retrouve dans différentes études suggèrent cinq façons par lesquelles le suivi intensif en équipe peut réduire le nombre d'admissions [15, 36, 82] :

- L'équipe peut anticiper les crises et intervenir de façon proactive -- par exemple, en aidant les usagers à gérer leur argent de façon efficace.
- L'équipe peut résoudre les crises mineures, peut-être à l'aide d'un service de crise.
- L'équipe peut augmenter l'assiduité dans la prise de médicaments.
- L'équipe sécurise le client en lui donnant l'assurance que, s'il en a vraiment besoin, il peut obtenir l'aide d'intervenants en qui il a confiance, quelle que soit l'heure.
- En augmentant les habiletés de vie quotidienne du client et en rendant son milieu de vie plus accueillant, l'équipe lui permet de vivre de façon moins stressante.

Le suivi intensif en équipe peut aussi réduire la durée de séjour dans la mesure où l'équipe peut influencer les plans de congé du client hospitalisé. La littérature indique que des réductions de plus de 50 % dans les jours d'hospitalisation ont pu être atteintes même lorsque l'équipe de suivi intensif n'avait pas de contrôle sur la durée de séjour [12].

Une analyse de régression effectuée à partir d'un sous-ensemble des études représentées dans le Tableau 3.4, indique que le pourcentage de réduction dans les jours d'hospitalisation augmente avec la fidélité au modèle *ACT*, particulièrement

[14] Dans le cas d'une étude randomisée ou quasi expérimentale, le pourcentage est le pourcentage de différence entre les groupes. Quand il y a plus de deux groupes la comparaison est entre l'*ACT* et le traitement le moins élaboré.

Tableau 3.4 : Réduction moyenne dans les jours d'hospitalisation, par groupe de sites

	Nombre de sites	Pourcentage moyen de réduction	Écart type	Réduction maximale parmi les sites	Réduction minimale parmi les sites
Sites avec devis randomisé	21	51,9 %	26,2 %	84,8 %	10,4 %
Sites avec devis non randomisé	12	68,7 %	11,7 %	94,0 %	45,3 %
Ensemble des sites	33	58,0 %	21,7 %	94,0 %	10,4 %

sur le plan de l'organisation du programme et du personnel qui le compose (assosociation avec les services fournis n'était pas statistiquement significative) [72]. Deux études non encore publiées arrivent aussi à la conclu-sion qu'une plus haute fidélité donne de meilleurs résultats (Gary Bond, communication personnelle, août 1998). Il est évident que moins un programme se différencie du suivi par clinique externe traditionnel, moins il aura de chances d'obtenir les effets favorables notés ici. Les recherches conduites jusqu'à maintenant ne nous permettent pas, cependant, de préciser avec confiance les éléments les plus importants pour permettre au suivi intensif en équipe de réduire au maximum les jours d'hospitalisation.

3.4 Effets du suivi intensif en équipe sur les ressources autres que les hospitalisations ainsi que sur les coûts

Le Tableau 3.5 résume les effets de programmes inspirés du suivi intensif en équipe sur la situation d'hébergement des usagers. On note une tendance nette à ce que les usagers desservis par le suivi intensif en équipe s'installent en plus grand nombre dans des logements autonomes. Ceci est facile à comprendre étant donné le travail que font les agents de suivi intensif en termes de suivi de la médication, de contacts avec les propriétaires et les voisins et d'aide aux usagers dans les activités quotidiennes. La réduction dans l'utilisation de résidences supervisées associée à ce mouvement vers un hébergement plus autonome contribue à réduire les coûts.

Il semble aussi que l'*ACT* permette à certains usagers qui n'avaient aucun logement stable d'intégrer des résidences supervisées. Dans l'ensemble, les études suggèrent que ce genre de transition est moins fréquent que la transition d'hébergement supervisé vers l'hébergement autonome. Cependant, ces études ne permettent pas d'estimer quel sera l'impact économique net de ces transitions.

Le Tableau 3.6 présente les effets sur l'utilisation de ressources autres que les hospitalisations et l'hébergement. Dans la majorité des cas, l'*ACT* est associé à une utilisation plus grande ou semblable de la clinique externe. Les exceptions sont les études de Stein et Test [102] et de Marks [67], qui concernaient des programmes plus haute fidélité que la plupart des autres. Cela s'accorderait avec l'argument théorique selon lequel une équipe qui comprend un psychiatre, rencontre les usagers surtout dans leur milieu de vie et n'est pas basée dans une clinique externe, normalement n'a guère ou pas recours à une clinique externe. Dans la mesure où au contraire une équipe réfère ses clients à une clinique externe, on peut très bien concevoir que des usagers qui auparavant recevaient peu de services en reçoivent plus.

Le Tableau 3.6 suggère en outre un effet minime sur l'utilisation des salles d'urgence. Scott et

Dixon suggèrent cependant que le recours à un service de crise 24/7 ou la location par l'équipe de chambres pouvant être utilisées pour héberger des usagers en état de crise peuvent contribuer à une réduction dans l'utilisation des salles d'urgence et de l'hospitalisation [96]. La réduction dans l'utilisation des services de médecins de famille observée dans l'étude de Marks et *al.* [67] s'explique par le recours accru des usagers aux services des infirmières faisant partie de l'équipe de suivi intensif [60]. On a très peu mesuré l'utilisation de services du secteur communautaire (banques alimentaires, cuisines communautaires, etc.). En ce qui concerne l'emploi, quelques études récentes suggèrent qu'en donnant un support plus actif à l'emploi on peut obtenir des résultats positifs [42, 53]. Les parents peuvent aussi être associés à cet effort, avec succès [70].

Dans l'ensemble, il semble probable, en comparant les Tableaux 3.4 à 3.6, que la réduction généralement observée dans les jours d'hospitalisation sera plus que suffisante pour compenser, en termes de coûts, toute augmentation dans l'utilisation d'autres ressources, y compris le coût du programme de suivi intensif en équipe.

Les résultats rapportés au Tableau 3.7 appuient d'ailleurs cette conclusion. Dans dix études sur douze, l'*ACT* est associé à des coûts globalement moindres (en comptant l'étude de Stein et Test, où l'effet négatif est obtenu en tenant compte de la plus grande productivité économique des usagers assignés au programme *ACT*). Dans l'étude de Bond et *al.* [13], les coûts de l'*ACT* sont plus élevés dans un seul site, où le programme n'a pas été implanté; de même dans l'étude de Rosenheck [91], où le programme n'a finalement pas été implanté dans deux des sites.

Les études de Chandler et *al.* [24, 25] et de Borland et *al.* [17] sont les seules où on voit un coût nettement plus grand en association avec l'*ACT*. L'étude de Chandler et *al.* [24] est atypique, cependant, en ce que les programmes évalués étaient financés par un budget de capitation, fixé à un niveau plus élevé que les coûts de traitement antérieurs du client, tandis que les sites témoins fonctionnaient avec les budgets habituels. Quant à l'étude de Borland et *al.* [17], le coût plus élevé post-traitement est attribuable à un recours très accru aux logements supervisés.

Notons de plus que la variance des coûts est toujours très élevée, plus que pour la plupart des autres mesures de résultat ; il est donc plus difficile d'en arriver à un résultat statistiquement significatif. Néanmoins, même si la plupart des différences ne sont pas statistiquement significatives ou n'ont pas été soumises à un test statistique, les résultats dans leur ensemble suggèrent qu'on peut s'attendre à une réduction non négligeable dans les coûts de traitement lorsque le modèle est implanté correctement.

3.5 Conclusions

L'examen des études publiées indique que le suivi intensif e0n équipe tend à avoir des effets bénéfiques sur les symptômes psychiatriques et sur la qualité de vie telle que perçue par les clients et leurs intervenants. L'impact sur le fonctionnement social est considéré à l'heure actuelle comme négligeable. Le suivi intensif tend à accroître la satisfaction des clients à l'égard des services qu'il fournit. Les résultats limités dont nous disposons suggèrent qu'il réduit aussi le fardeau familial tout en accroissant leur satisfaction. Le lobbying actif que la *NAMI* fait aux États-Unis pour aider à diffuser le modèle de suivi intensif en équipe est de nature à rassurer les associations québécoises de parents et amis quant aux effets du suivi intensif en équipe sur leurs proches et sur les parents québécoises de parents et amis pourraient étudier la position et la stratégie de la *NAMI* et considérer

Tableau 3.5 : Effets du suivi intensif en équipe sur la situation d'hébergement des usagers

N°	Étude	Effets
1	Stein et Test, 1980 [102] Test et Stein, 1980 [107] Weisbrod et al. 1980 [117]	Plus grande proportion des usagers *ACT* en hébergement autonome ((p<0,05), et plus faible en hébergement supervisé (non significatif).
2	Mulder, 1982 [85]; Mowbray et *al.* 1997 [82]	Réduction de 15 % à 6 % du pourcentage des usagers *ACT* en hébergement supervisé. À 30 mois, 6 % des usagers *ACT* en hébergement supervisé comparativement à 34 % chez le groupe témoin (p<0,001); 36 % vivant seuls comparativement à 26 % dans le groupe témoin (non testé).
5	Bond et *al.* 1990 [15]	Légèrement plus grande proportion en hébergement autonome (p<0,05) et en hébergement supervisé
7	Test et *al.* 1991 [106];	Usagers *ACT* passent plus de temps en hébergement autonome (p<0,05), moins en hébergement supervisé (p<0,05), moins avec leurs familles, moins sans abri (p<0,05).
8	Morse et *al.* 1992 [80]	Avec une clientèle itinérante, plus grande réduction dans les jours sans abri à 12 mois.
14	Chandler et *al.* 1997 [24]	Dépenses d'hébergement supervisé plus grandes pour l'*ACT* à un des sites, mais pas à l'autre; plus d'autonomie dans le logement aux deux sites *ACT*.
15	LaFave et *al.* 1996 [62]	À 12 mois, 50 % des usagers *ACT* en hébergement autonome et 50 % en hébergement supervisé ; 45 % du groupe témoin hospitalisé, 20 % en hébergement autonome, 35 % en hébergement supervisé (p<0,001).
17	Lehman et *al.* 1997 [63]	Avec une clientèle principalement itinérante, plus grand recours à l'hébergement dans la communauté (210 jours par an pour les clients *ACT* vs 160 pour les sujets témoins, (p<0,01), moins de jours sans abri (10 jours contre 24), un peu moins dans des abris pour itinérants (83 jours vs 89).
22	Borland et *al.* 1989 [17]	Augmentation dans l'utilisation de résidences supervisées de 37,4 jours par personne par an à 106,9 sur les cinq années suivantes (p<0,001). Le service 24/7 a permis à plusieurs de réintégrer des résidences dont ils avaient été évincés. Application plutôt coercitive de l'*ACT*.
27	Santos et *al.* 1993 [95]	Le nombre de patients vivant seuls a augmenté 3,4 fois, de 11 à 37 (sur 51), et seulement un patient a déménagé à une résidence plus supervisée qu'auparavant (aucun résultat de test statistique rapporté)
33	McGrew et *al.* 1995 [72]	Augmentation non significative de 46 % à 50 % dans la proportion des usagers du groupe *ACT* vivant dans leur propre appartement.

leur intérêt à agir aussi de façon concertée pour promouvoir la diffusion du modèle.

Fait remarquable, presque sans exception, les études ne relèvent pas d'impact négatif significatif du suivi intensif en équipe sur les dimensions considérées. *On peut donc conclure que le suivi intensif en équipe a un effet neutre ou positif sur la qualité des soins si on le compare soit à un traitement traditionnel par rendez-vous à la clinique externe, soit à un suivi individuel de faible intensité.*

Sur le plan des coûts, il semble se dégager qu'une réduction substantielle dans les jours d'hospitalisation fait plus que contrebalancer essentiellement les coûts de fonctionnement de l'équipe de suivi intensif. Les effets sur les autres coûts directs sont relativement mineurs et varient selon les études. Les résultats obtenus jusqu'à maintenant ne permettent pas d'anticiper des résultats significatifs sur la productivité économique15. L'impact sur la judiciarisation est difficile à évaluer parce que les évènements y conduisant sont relativement rares. Aucune étude n'a relevé un accroissement significatif réel de problèmes judiciaires en association

[15] Toutefois, comme on le verra plus loin (section 6), des études récentes suggèrent que des résultats positifs importants peuvent être obtenus en associant l'*ACT* au soutien à l'emploi régulier, pratique encore peu répandue.

Tableau 3.6 : Effets du suivi intensif en équipe sur l'utilisation de ressources autres que les hospitalisations et l'hébergement

No.	Étude	U	CE	PJ	SC	MF	TT	PA	RE	CO
1	Stein et Test 1980 [102]; Test et Stein 1980 [107]; Weisbrod, Stein et Test [117]	-=	-					-	+	- =
2	Mulder 1982 [85]; Mowbray et al. 1998 [82]						=			
3	Hoult et *al.* 1983 [56]							=		
4	Bond et *al.* 1988 [13]*	+=	-=	-=			+=	+=	-=	+
5	Bond et *al.* 1990 [15]		-=						-=	
6	Bush et *al.* 1990 [22]	=								
8	Morse et *al.* 1992 [80]		+				+			
9	Marks et *al.* 1994 [67]		-	-		-=				
10	Rosenheck et *al.* 1995 [91]		+=							
11	Åberg-Wistedt et *al.* 1995 [1]	-=								
13	Quinlivan et *al.* 1995 [90]	-=	+	-=	+=					
14	Chandler et *al.* 1997 [24]		+-	-=			-=	=	+-	
17	Lehman et *al.* 1997 [63]	-	+				+			
19	Essock et *al.* 1998 [47]								+=	
22	Borland et *al.* 1989 [17]		+=					+=		
25	Bond et *al.* 1991 [14]	-								
26	Santos et *al.* 1993 [94]									
32	Sands et Cnaan 1994 [93]		-	+		+		+=		
33	McGrew et *al.* 1995 [72]							+		

Notes:

+ (-) : indique un coût, un revenu ou une utilisation plus grande (plus petite) pour l'*ACT* à un niveau statistiquement significatif.

+ = ou - = indique une différence non statistiquement significative, ou aucun test statistique n'est rapporté.

+- : indique des effets en sens contraire (e. g., selon le type de service de clinique externe).

= : indique que la direction de la différence est non spécifiée.

U : salle d'urgence
CE : cliniques externes
PJ : programmes de jour
SC : services de crise
MF : médecins de famille
TT : traitements pour toxicomanie
PA : proportion des usagers touchant des prestations d'assistance sociale
RE : revenus d'emploi
CO : utilisation de ressources du secteur communautaire.

* :Site A seulement

avec le suivi intensif en équipe. On peut s'attendre à ce que les coûts directs soient réduits, même sur une période d'un an après l'implantation d'un programme de suivi intensif en équipe. Il est plus difficile de se prononcer quant aux coûts sociaux, qui reflèteraient aussi l'utilisation de diverses ressources communautaires, le fardeau des familles, etc. étant donné l'absence d'études rapportant des mesures détaillées de ces coûts.

Tableau 3.7 : Effets du suivi intensif en équipe sur les coûts annuels par usager (SUS)*

No.	Étude	Coûts mesurés*	Commentaires
1	Stein et Test, 1980 [102]; Weisbrod et *al.* 1980 [117]	*ACT*: 5 729 $ Témoin: 6 128 $	Tous coûts (traitement et autres) inclus, et tenant compte des revenus d'emploi plus élevés pour l'*ACT* (*ACT*: 2 364 $ vs 1 136 $).
3	Hoult et *al.* 1983 1984, 1986 [55, 56, 57]	*ACT*: 4 489 $AUS Cont.: 5 669 $AUS	Coûts directs (i.e., services médicaux et de suivi) et indirects (contacts judiciaires, etc.), publics et privés.
4	Bond et *al.* 1988 [13]	*ACT* 1: 8 519 $ (6 mois) Témoin 1: 13 747 $ (6 mois) 2: coût *ACT* plus élevé, montants non indiqués 3: pas de différence, montants non indiqués	Ensemble des coûts directs, système judiciaire, assistance sociale. En fait, le modèle n'a pas été implanté au site 2.
5	Bond et *al.* 1990 [15]	Économie nette de l'*ACT*: 1 547 $	Ne tient compte que de l'hospitalisation (plus faible que pour le groupe témoin) et du traitement *ACT*.
9	Marks et *al.* 1994 [67]; Knapp et *al.*1994 [60]	*ACT*: £196/semaine Témoin: £358/semaine ($p<0,001$)	Coûts de traitement et d'hébergement réunis, pour les 20 premiers mois. (Différence en coûts de traitement significative elle aussi).
10	Rosenheck et *al.* 1995 [91]	*ACT* 1: 40 243 $ | Témoin 1: 56 891 $ | $^{p<.01}$ *ACT* 2: 23 673 $ | Témoin 2: 20 537 $ | $^{n.s.}$	Globalement, réduction moyenne de 20 % sur les coûts directs seulement, mais augmentation dans certains sites du groupe 2 où l'*ACT* a été mal implanté
13	Quinlivan et *al.* 1995 [90]	*ACT*: 9 471 $ Suivi individuel: 13 043 $ Clinique externe: 21 047$ ($p=.11$, test simultané)	Coûts reliés à l'hospitalisation et aux services externes. Les économies sur le plan des hospitalisations font plus que compenser les coûts du suivi *ACT* lui-même (6 000 $)
14	Chandler et *al.* 1997 [24]	*ACT* site 1: 29 257 $ Site témoin 1: 19 308 $ *ACT* site 2: 30 766 $ Site témoin 2: 19 053 $	Coûts de traitement et coûts publics. Différence comparable si on se limite aux coûts de santé mentale. Les budgets de capitation accordés aux sites *ACT* dépassaient les coûts de traitement antérieurs
19	Essock et *al.* 1998 [47]	*ACT*: 33 473 $ Suivi individuel: 35 656 $ (non significatif)	Perspective sociétale. Différence toujours favorable à l'*ACT* si la perspective d'analyse est celle de l'État ou du « *Department of Mental Health* ». Différence significative favorable à l'*ACT* pour ceux qui étaient hospitalisés lorsqu'ils sont entrés dans l'étude; différence opposée, non significative pour ceux qui ne l'étaient pas.
20	Witheridge et *al.* 1982 [112]; Bond, 1984 [7]	Avant: 19 243 $ Après: 13 501 $	Coûts d'hospitalisation et du suivi seulement.
22	Borland et al. 1989 [[17]	Avant: 12 249 $ Après: 13 949 $	Coûts accrus de l'hébergement supervisé, combinés avec le coût de suivi, dépassent l'épargne en hospitalisations.
26	Santos et *al.* 1993 [94]	Avant: 12 450 $ Après: 6 500 $	Coûts d'hospitalisation, de clinique externe, et du suivi seulement. Peu de détails donnés sur les méthodes de calcul.
27	Santos et *al.* 1993 [95]	Avant: 18 800 $ Après: 11 300 $	Comme Santos et *al.* 1993 [94]
32	Sands et Cnaan, 1994 [93]	Epargne nette avec l'*ACT* : 15 178 $	Coûts des hospitalisations et coûts directs (« *direct and support staff* ») seulement

***Note** : Les coûts indiqués sont un peu antérieurs à l'année de publication, à moins que spécifié autrement; différences non testées statistiquement à moins que cela ne soit spécifié.

4. CLIENTÈLE CIBLE

4.1 CRITÈRES D'ADMISSION AU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE

La littérature, qui reflète la pratique de la plupart des États américains offrant des programmes de suivi intensif en équipe, est relativement unanime sur le fait que le suivi intensif en équipe dans la communauté devrait cibler au moins la population qui :

- est d'âge adulte (18-65 ans);
- est atteinte d'une maladie psychiatrique associée à des épisodes psychotiques: en particulier, schizophrénie, troubles schizoaffectifs, et troubles bipolaires, qui se traduisent par des incapacités fonctionnelles considérables;
- est réfractaire aux services moins intensifs qui lui sont offerts (e.g., ne se présente pas à ses rendez-vous, ne prend pas ses médicaments);
- présente des déficits fonctionnels importants (au niveau de l'emploi, des activités de la vie quotidienne, du maintien d'un réseau de soutien social ou du comportement en public ou avec les autres);
- est sujette à des réhospitalisations prolongées ou répétées.

La présence d'une ou plusieurs problématiques additionnelles (e.g., toxicomanie, problèmes judiciaires) augmente le besoin pour la personne de services de suivi intensif en équipe.

Le suivi intensif en équipe ne s'adresse pas aux personnes atteintes de déficience intellectuelle.

Il existe une zone grise quant à l'inclusion de personnes atteintes de troubles de personnalité. La majorité des programmes de suivi intensif en équipe en incluent, car elles comptent souvent parmi les usagers qui posent les plus grands défis au personnel aidant. Peu d'études ont tenté de distinguer entre les effets du suivi intensif en équipe selon le diagnostic; nous n'en avons identifié qu'une suggérant que le suivi intensif en équipe traditionnel est relativement inefficace pour cette population [116]; comme on l'a signalé plus haut, cependant, l'incorporation de thérapie comportementale dialectique pourrait modifier la situation[16]. Dans l'état actuel des connaissances, on peut dire qu'il s'agit d'une question encore ouverte.

Une autre zone grise concerne le nombre de jours d'hospitalisation antérieurs qui devraient être exigés avant l'admission à un programme de suivi intensif en équipe. D'un côté, plus ce nombre est élevé, plus l'économie de ressources susceptible d'être réalisée par l'admission a de chances d'être considérable. De l'autre côté, il est évidemment préférable de commencer à aider une personne (par exemple, un jeune schizophrène) en voie de détérioration marquée aussitôt que possible. De plus, certains usagers peuvent avoir adopté un style de vie chaotique ou excessivement en retrait qui semble satisfaire ni eux ni leur entourage, sans pour autant avoir occasionné de nombreux jours d'hospitalisation. Enfin, le nombre de jours d'hospitalisation antérieurs est aussi influencé par le territoire où se trouve l'usager, puisqu'il a tendance à être plus élevé là où la disponibilité en lits hospitaliers psychiatriques est plus grande, et ce, indépendamment des niveaux de besoin.

Cette question peut aussi être abordée en se centrant sur les besoins en service des usagers. Dans le comté de Dane (État du Wisconsin, aux Etats-Unis), on utilise depuis plusieurs années une grille axée directement sur ces besoins pour aider à guider l'admission au programme *ACT*. Cette

[16] C'était le sujet d'une des présentations à la conférence annuelle sur l'*ACT* à Détroit, en juin 1998.

grille comprend sept facteurs: (a) la propension à se présenter aux rendez-vous fixés; (b) la régularité dans la prise de médicaments; (c) le besoin d'activités quotidiennes structurées; (d) l'habileté à reconnaître soi-même une aggravation dans ses symptômes et d'aller chercher de l'aide lorsque nécessaire; (e) la fréquence des crises; (f) le besoin d'un soutien psychologique professionnel; et (g) la quantité de services de suivi requis [48, 101][17].

Finalement, certains usagers plus fonctionnels peuvent préférer des programmes autres que le suivi intensif en équipe, tels que des « *clubhouses* »[18] ou un suivi moins intensif. La disponibilité ou non de tels services influencera aussi la ligne de démarcation entre ceux pour qui le suivi intensif en équipe est approprié et ceux pour qui il ne l'est pas.

4.2 NOMBRE DE PERSONNES DEVANT ÊTRE DESSERVIES PAR DES ÉQUIPES DE SUIVI INTENSIF

La section précédente implique qu'un bon nombre d'usagers chroniques de services de santé mentale n'auront pas besoin de suivi intensif en équipe, surtout dans les territoires offrant d'autres types de services (organismes communautaires offrant du suivi moins intensif, etc.) On peut se demander, en dépit des facteurs énumérés plus haut influençant le nombre de personnes pour qui le suivi intensif en équipe est approprié, pour environ quelle proportion de la population on devrait prévoir un suivi intensif en équipe.

Le D[r] Darrel Regier a récemment estimé, pour le *National Institute of Mental Health* aux États-Unis, la proportion de la population qui devrait être desservie par des programmes *ACT*. Se basant sur la prévalence actuelle au New Hampshire, dont les données lui semblent les plus utiles à cet égard, il estime que cette proportion est de 0,65 personne par 1 000 (Darrel Regier, communication personnelle, mars 1998).

Nous avons cependant aussi contacté des représentants d'États américains ainsi que des territoires de Hull et de Shawinigan pour connaître, non seulement le nombre actuel de personnes qui reçoivent un suivi intensif en équipe, mais leur perception du nombre de celles qui, si des ressources suffisantes étaient disponibles, en recevraient.

Les résultats sont présentés au Tableau 4.1. Dans le cas du Michigan, l'approche privilégiée à l'heure actuelle est d'offrir aux usagers dans chaque territoire le maximum d'options possibles, y compris des « *clubhouse* », des « *drop-in centers* », et du suivi moins intensif, en plus du suivi intensif en équipe. On estime qu'à l'heure actuelle certaines régions du Michigan ont pro-

[17] Selon Linda Keys, qui dirige les équipes *ACT* du comté de Dane, le processus d'admission implique aussi des réunions multipartites, impliquant du personnel des équipes ainsi que des représentants de groupes d'usagers, de parents, etc. Avec l'expérience, dit-elle, on finit « par savoir tout de suite qui a besoin d'*ACT*» (Linda Keys, communication personnelle, 1998).

[18] Par « *clubhouse* » on entend un type de programme de réadaptation psychosociale, axé sur le travail et sur l'appropriation de pouvoir (« *empowerment* ») de l'usager. Les usagers viennent de leur propre gré à un bâtiment où ils peuvent participer à plusieurs activités récréatives, de travail et de réadaptation. Les usagers jouent un grand rôle dans l'animation du « *clubhouse* ». Le ratio intervenants : clients se situe aux alentours de 1:20. Le fait de devenir membre oblige l'usager à respecter certaines règles de comportement, mais n'implique aucun suivi [5, 10, 23, 101]. Le modèle « *clubhouse* » est beaucoup utilisé au Michigan et dans le comté de Dane (Wisconsin) comme modalité de service pour des usagers dont les besoins sont moindres comparativement à ceux que les équipes de suivi intensif desservent (Catherine Ferguson, communication personnelle, 1998) [101].

Tableau 4.1 : Nombre de personnes actuellement et idéalement desservies par des équipes de suivi intensif dans divers territoires*

Territoire	Population approximative (P) en 1997	Nombre actuel de personnes desservies par des équipes de suivi intensif (NA)	Ratio NA/P (nombre par 1 000 personnes)	Nombre estimé de personnes qui seraient desservies si ressources disponibles (NE)	Ratio NE/P (nombre par 1 000 personnes)
Michigan	9 800 000	6 700	0,7	6 700	0,7
Texas	19 400 000	5 200	0,3	7 500 - 15 000	0,4 - 0,8
Comté de Dane, WI	400 000	470	1,2	550-600	1,4 – 1,5
Rhode Island	1 000 000	900	0,9	1 050	1,05
Hull	100 000	40	0,4	100	1
Shawinigan	83 000	39	0,5	60-80	0,7 - 1

*Sources des estimés de population desservies et à desservir: responsables de programmes pour le Michigan, le Texas, le Rhode Island, Comté de Dane, WI, Hull et Shawinigan.

bablement trop d'équipes de suivi intensif, en regard des alternatives disponibles, tandis que d'autres n'en ont pas assez – de sorte que, globalement, le nombre d'usagers actuellement pris en charge par des équipes de suivi intensif peut être considéré proche de l'idéal.

On voit à la lecture du Tableau 4.1 que le Comté de Dane se démarque des autres juridictions par la plus grande proportion de sa population qui est desservie par des équipes de suivi intensif. La personne responsable, Madame Linda Keys, nous a indiqué que cette proportion élevée s'explique en grande mesure par le fait que les services de suivi intensif en équipe existent dans le Comté de Dane depuis une vingtaine d'années et que les clients stabilisés continuent souvent d'être suivis par la même équipe. Ainsi leur ratio intervenant : usagers actuel est de 1:13 (Linda Keys, communication personnelle, 1998).

En supposant qu'un programme de suivi intensif transfère ses clients stabilisés à des services moins intensifs, la dernière colonne du Tableau 4.1 suggère qu'entre environ 0,7 et 1 personne par 1 000 aurait besoin de suivi intensif en équipe. Cet éventail de proportions est très semblable à celui qu'a obtenu une étude ontarienne récente, à partir de données de deux comtés américains ainsi que de la Caroline du Sud dans son ensemble: 0,8 à 1,1 personne pour 1 000 [27][19]. Retenant la fourchette 0,7 à 1, celle-ci implique que, si on estime à environ 2 % la proportion de la population atteinte de troubles mentaux graves, environ 3,5 à 5 % de ces personnes (0,07 à 0,1 personne sur 2 personnes atteintes de troubles mentaux graves) seraient desservies par des équipes de suivi intensif; si on applique un filtre plus serré qui réduit à 1 % seulement la proportion de la population ayant des troubles mentaux graves, 7 à 10 % de ces personnes seraient desservies par des équipes de suivi intensif. À l'échelle du Québec, on retrouverait donc entre environ 4 900 et 7 000 personnes dans des équipes de suivi intensif, soit entre 15 et 22 % des 32 000 personnes suivies par les services psychiatriques au Québec [28].

19 Cet estimé est calculé à partir du Tableau 3 de leur rapport et est exprimé en proportion de la population totale et non de la population adulte (que le rapport estime à 78% de la population totale).

Clientèle cible

Il est important de noter, cependant, que la prévalence de troubles mentaux graves varie considérablement d'un territoire à un autre, en particulier selon divers facteurs démographiques et socioéconomiques. Le Dr Alain Lesage et ses collègues ont examiné la relation entre les taux d'hospitalisation psychiatrique et des caractéristiques sociodémographiques telles que le niveau de revenu. Sur la base de ces modélisations, ils ont conclu que les niveaux de besoin des sept territoires du secteur de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, dont les niveaux socioéconomiques sont sensiblement différents, varient du simple au double [65]. De telles différences ont aussi été estimées, avec des méthodes semblables, au Colorado [26] et en Angleterre [98]. De plus, on a trouvé en Angleterre que ces méthodes de modélisation, tout au moins, tendent à sous-estimer les écarts entre les milieux très urbains et les autres [59]. Il faut donc s'attendre à ce que, sur des territoires très urbains, et encore plus sur des territoires qui sont de surcroît défavorisés, la proportion de la population ayant besoin d'une équipe de suivi intensif soit plus élevée que ce qui est estimé ici.

De plus, les besoins sur un territoire qui comprend un hôpital psychiatrique seront probablement encore plus élevés, étant donné la migration d'individus gravement malades vers ces hôpitaux. À leur sortie, ces personnes demeurent souvent à proximité de l'hôpital. Ainsi, à partir de questionnaires auprès des psychiatres de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, le Dr Lesage et ses collègues ont estimé qu'environ 3 personnes sur 1000 sur ce territoire pourraient bénéficier de suivi intensif (défini comme un besoin de suivi de 2 heures par semaine ou plus). On supposera ainsi, à la section 7, que la proportion de la population qui idéalement serait desservie par des équipes *ACT* sur ce territoire se situe entre 1 et 2 sur 1 000.

Avec un ratio moyen d'un intervenant *ACT* par 10 usagers dans des équipes de suivi intensif, on aurait besoin d'un nombre d'intervenants *ACT* évalué à environ entre 500 et 700 dans la province. Soulignons que ces nombres concernent uniquement le suivi intensif en équipe : le nombre d'agents de suivi moins intensif dont on aurait besoin serait beaucoup plus élevé. Au Michigan par exemple, on compte environ 43 000 usagers recevant un suivi moins intensif (et, la plupart du temps, non médical) que le suivi intensif en équipe, soit environ six fois et demie le nombre d'usagers *ACT*. Une proportion semblable pour le Québec, en supposant 25 usagers par intervenant au lieu de 10, impliquerait entre 1 300 et 1 800 agents de suivi moins intensif.

5. DEUX PROGRAMMES QUÉBÉCOIS DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE

Malgré ces résultats relativement unanimes, provenant surtout des États-Unis, la question subsiste quant à l'intégration possible du modèle de suivi intensif en équipe au réseau de la santé mentale québécois et quant à la reproductibilité des résultats positifs observés ailleurs, particulièrement sur le plan économique, dans le contexte du Québec.

Il existe en fait déjà un nombre croissant de programmes au Québec qui offrent des services s'apparentant au suivi intensif en équipe. Un grand nombre d'entre eux sont issus du milieu communautaire: par exemple, Forward House, Projet ARC, Projet Suivi Communautaire, Diogène, Perspectives Communautaires, Le Fil, PECH, etc. Certains de ces programmes sont établis de longue date et démontrent une expertise incontestable dans le suivi des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves.

On trouve aussi quelques programmes de suivi issus de CLSC: à Huntingdon ou à Portneuf par exemple. Finalement, il existe aussi un certain nombre de programmes hospitaliers: mentionnons entre autres les Centres d'intégration communautaire de Shawinigan et Trois-Rivières, le Service d'accompagnement et de suivi communautaire de Hull, le programme PACT de l'Hôpital Douglas, *Community Link* à l'Hôpital général de Montréal, et plus récemment le programme de suivi intensif de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Plusieurs autres sont actuellement en voie d'implantation.

Au moment où cette étude a été entreprise (fin 1996), aucun de ces programmes (quel que soit leur milieu d'origine) sauf un, n'avait encore été soumis à une évaluation rigoureuse[20]. Afin d'évaluer la pertinence du modèle de suivi intensif en équipe, il nous a semblé pertinent d'examiner des programmes issus de milieux hospitaliers. En effet, ce sont eux qui peuvent le plus facilement intégrer un psychiatre et du personnel infirmier, ce qui, toutes choses étant égales par ailleurs, est préférable dans un programme de suivi intensif (parce que favorisant une meilleure intégration des services).

Nous avons donc identifié deux programmes québécois qui s'apparentent au modèle de suivi intensif en équipe et qui semblent bien fonctionner depuis au moins quelques années : le Service d'accompagnement et de soutien communautaire, qui est rattaché au centre hospitalier Pierre Janet, à Hull; et le Centre d'intégration communautaire de Shawinigan, qui relève du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie[21]. Nous avons cherché à évaluer dans quelle mesure ces programmes sont fidèles au modèle de suivi intensif en équipe et quel a été leur impact net sur les coûts pour le système de santé. D'autres programmes issus de milieux hospitaliers, par exemple ceux de l'Hôpital général de Montréal ou de l'Hôpital Douglas, ont été implantés trop tard pour qu'ils puissent être évalués dans le cadre de la présente étude.

La méthode évaluative que nous avons adoptée est semblable pour les programmes de Hull et de Shawinigan. Premièrement, nous avons évalué dans quelle mesure chacun de ces programmes peut être considéré comme une adaptation du modèle de suivi intensif en équipe. Deuxièmement, nous avons cherché à évaluer l'impact

[20] La seule exception est l'étude du Dr Hugues Cormier portant sur le programme du CLSC de Portneuf [30].

[21] Nous n'avons pas évalué le Centre d'intégration communautaire de Trois-Rivières, qui fonctionne sensiblement de la même façon que celui de Shawinigan et qui relève aussi du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie. La présence d'un plus grand nombre d'hôpitaux et d'organismes communautaires à Trois-Rivières rend l'accès aux informations nécessaires plus complexe.

économique net de chaque programme. Pour ce faire, nous avons obtenu un échantillon aléatoire de clients qui se sont inscrits au service et avons mesuré leur utilisation de services hospitaliers avant et après l'inscription. Nous avons ensuite calculé les coûts de ces services de façon à pouvoir les comparer.

5.1 Le service d'accompagnement et de soutien communautaire de Hull

Conformité au modèle de suivi intensif en équipe

Le Service d'accompagnement et de soutien communautaire (SASC) de Hull peut être considéré comme un programme de suivi intensif en équipe moyennement fidèle au modèle. L'équipe est multidisciplinaire, comprend une omnipraticienne qui travaille de fait comme une psychiatre, de même qu'une travailleuse sociale, une infirmière, des spécialistes en réadaptation et des éducateurs. Le ratio intervenant : clients a augmenté récemment mais se situe toujours en deçà de 1:20. Les contacts avec les clients sont nombreux et se font principalement dans leur milieu de vie. Le service, toutefois, ne fonctionne ordinairement que durant les heures de bureau normales. Les intervenants se rendent disponibles les soirs et la fin de semaine par pré-arrangement lorsque nécessaire, et ils assurent une coordination avec un service de crise et les salles d'urgence.

Le Tableau 5.1 résume dans quelle mesure le programme se conforme au modèle de suivi intensif en équipe. Il a été démontré que les caractéristiques du modèle énumérées au Tableau et provenant de l'échelle de fidélité de Dartmouth (« *Dartmouth ACT Scale* ») permettent de distinguer de façon fiable les implantations fidèles et moins fidèles du modèle de suivi en équipe ainsi que celles du suivi individuel [104][22].

Impact sur les usagers

L'impact du Service d'accompagnement et de soutien communautaire sur les symptômes, le fonctionnement social, etc. des usagers n'a pas encore été évalué de façon rigoureuse. La seule donnée pertinente dont nous disposions est le résultat d'un sondage que le service a effectué auprès d'un échantillon aléatoire de 28 usagers qui ont reçu des services en 1995-96. Sur une échelle de 1 à 4, 4 exprimant le plus haut taux de satisfaction, ces usagers ont exprimé un niveau moyen de satisfaction par rapport aux services de 3,4.

Coûts nets

Nous avons obtenu, pour ce même échantillon aléatoire de 28 usagers ayant reçu des services en 1995-96, des données détaillées sur leur utilisation de services hospitaliers (y compris ceux du Service d'accompagnement et de soutien communautaire), pour une période d'environ trois ans avant leur prise en charge par le Service, et pour autant de mois que possible après. Les coûts unitaires des services ont été calculés à partir des rapports financiers du Centre Hospitalier Pierre-Janet de même que d'informations obtenues de la Direction des finances de l'Hôpital (voir Annexe A).

[22] Il est possible avec cette échelle de donner un score de un à cinq à chaque caractéristique. L'attribution fiable de ce score exige cependant une collecte assez élaborée de données par un ou des évaluateurs externes, ce qui nous semblait aller au-delà des exigences de la question posée ici.

Tableau 5.1 : Caractéristiques du suivi intensif en équipe dans la communauté comparées à celles du Service d'accompagnement et de soutien communautaire de Hull

Suivi intensif en équipe dans la communauté (modèle *ACT*)	Service d'accompagnement et de soutien communautaire de Hull
Fonctionnement intensif et en équipe	
• **Contacts fréquents:** jusqu'à 4 par usager par semaine *en moyenne*	• Fréquence et intensité non mesurées mais inférieures à ces niveaux (voir ratio).
• **Services intensifs:** jusqu'à deux heures par client par semaine *en moyenne*	
• **Faible ratio intervenant: clients:** 1:10	• Entre 1:15 et 1:20.
• **Réunions d'équipe quotidiennes**	• Échanges informels fréquents: mais réunion hebdomadaire.
• **Approche d'équipe:** la majorité des usagers rencontrent plus d'un membre de l'équipe dans une semaine donnée	• Caractéristique non mesurée, cependant les usagers voient des intervenants de différentes disciplines au besoin
Responsabilité et implication dans la communauté	
• **Travail dans la communauté:** jusqu'à 80% du temps des intervenants	• Oui
• **Contrôle sur la décision d'admission à l'hôpital:** l'équipe est impliquée dans jusqu'à 95% des admissions	• Sinon 95%, du moins une proportion importante.
• **Critères d'admission précis:** l'équipe s'assure que tous les usagers qu'elle dessert répondent à des critères d'admission précis	• Cas difficiles seulement, mais critères d'admission flexibles.
• **Responsabilité complète pour les services:** l'équipe fournit elle-même tous les services de psychothérapie, de soutien au logement, de traitement pour alcoolisme / toxicomanie, de soutien à l'emploi, et de réadaptation.	• Psychothérapie: oui; logement et emploi: partenariat avec ressources communautaires; traitement pour alcoolisme / toxicomanie: non; réadaptation: oui.
• **Implication auprès du milieu de l'usager:** jusqu'à un contact par semaine par client avec la famille, le propriétaire de logement, l'employeur, etc., pour soutenir et développer les habiletés	• Sinon un en moyenne, du moins plusieurs.
Suivi tenace des usagers	
• **Services de durée indéfinie:** l'équipe continue de desservir un usager aussi longtemps que cela semble cliniquement justifié	• Pas de fermeture de dossiers.
• **Suivi tenace**: l'équipe use de moyens réfléchis pour maintenir la relation avec l'usager, y compris juridiques (e. g., fiducie) lorsque nécessaire	• Oui
• **Engagement à long terme:** taux de roulement des usagers de moins de 5% par an, en maintenant une intensité de suivi mutuellement satisfaisante.	• Oui
• **Participation aux plans de congé:** dans jusqu'à 95% ou plus des cas.	• Généralement non

(Suite du tableau à la page suivante)

Tableau 5.1 (suite) : Caractéristiques du suivi intensif en équipe dans la communauté comparées à celles du Service d'accompagnement et de soutien communautaire de Hull

Suivi intensif en équipe dans la communauté (modèle *ACT*)	Service d'accompagnement et de soutien communautaire de Hull
Traitement intégré pour alcoolisme/ toxicomanie	
• **Traitement individualisé pour personnes avec double diagnostic**	• Non
• **Groupes de traitement pour doubles diagnostics:** la moitié ou plus des usagers concernés participent à au moins une réunion par mois.	• Non
• **Modèle «double problématique»** (*« dual disorder model »*): modèle de traitement par étapes, favorisant les approches comportementales plutôt que la confrontation, tenant compte des interactions entre maladie mentale et alcoolisme / toxicomanie, visant à long terme l'abstinence, et appliqué directement par l'équipe.	• Non
Spécialistes au sein de l'équipe	
• **Infirmière:** au moins une infirmière pour 50 usagers desservis	• Une infirmière pour plus de 100 usagers.
• **Psychiatre:** au moins un psychiatre à mi-temps pour 50 usagers	• Omnipraticien avec expérience en psychiatrie
• **Spécialiste en alcoolisme / toxicomanie:** au moins une personne avec une année de formation académique ou d'expérience	• Pas formellement dans l'équipe, mais travaille avec certains usagers.
Répartition du travail	
• **Coordonnateur fournit des services directs:** la moitié du temps ou plus.	• Oui
• **Peu de nouveaux usagers acceptés chaque mois:** pas plus de 6 par mois en moyenne au cours des derniers 6 mois.	• Oui

La Figure 5.1 indique la distribution des coûts estimés pour cet échantillon. Ainsi nous estimons qu'en moyenne pour chaque usager, le Service d'accompagnement et de suivi communautaire a permis de réaliser une économie annuelle au chapitre des hospitalisations d'environ 7 500 $ par usager en moyenne (reflétant une réduction des jours d'hospitalisation de 77 %) ainsi qu'une économie dans les services de clinique externe d'environ 1 500 $, pour un total d'approximativement 9 000 $. Le coût annuel moyen net de l'expansion du suivi associée au Service a été d'environ 5 000 $ par client, de sorte que l'économie annuelle nette par client, sur le plan des services offerts par le Centre Hospitalier Pierre-Janet est estimée à environ 4 000 $.

Il est intéressant de noter que cette réduction globale cache une différence importante entre les usagers qui avaient été hospitalisés pour motifs psychiatriques au cours des trois années précédentes (environ 70% des usagers), et ceux qui ne l'avaient pas été (Figures 5.2 et 5.3). Pour les premiers, on observe une économie de près de 6 600 $ par an en moyenne, tandis que les seconds engendrent un coût net additionnel d'environ 2 800 $ chaque année. Une telle analyse suppose, évidemment, qu'en moyenne les usagers qui n'avaient pas d'hospitalisations durant les trois années précédant leur inscription sont moins malades et moins sujets à être hospitalisés.

Figure 5.1 :

Coûts annuels de l'utilisation des ressources avant et après l'inscription au Service d'Accompagnement et de Soutien Communautaire du Centre hospitalier Pierre-Janet (n=28)

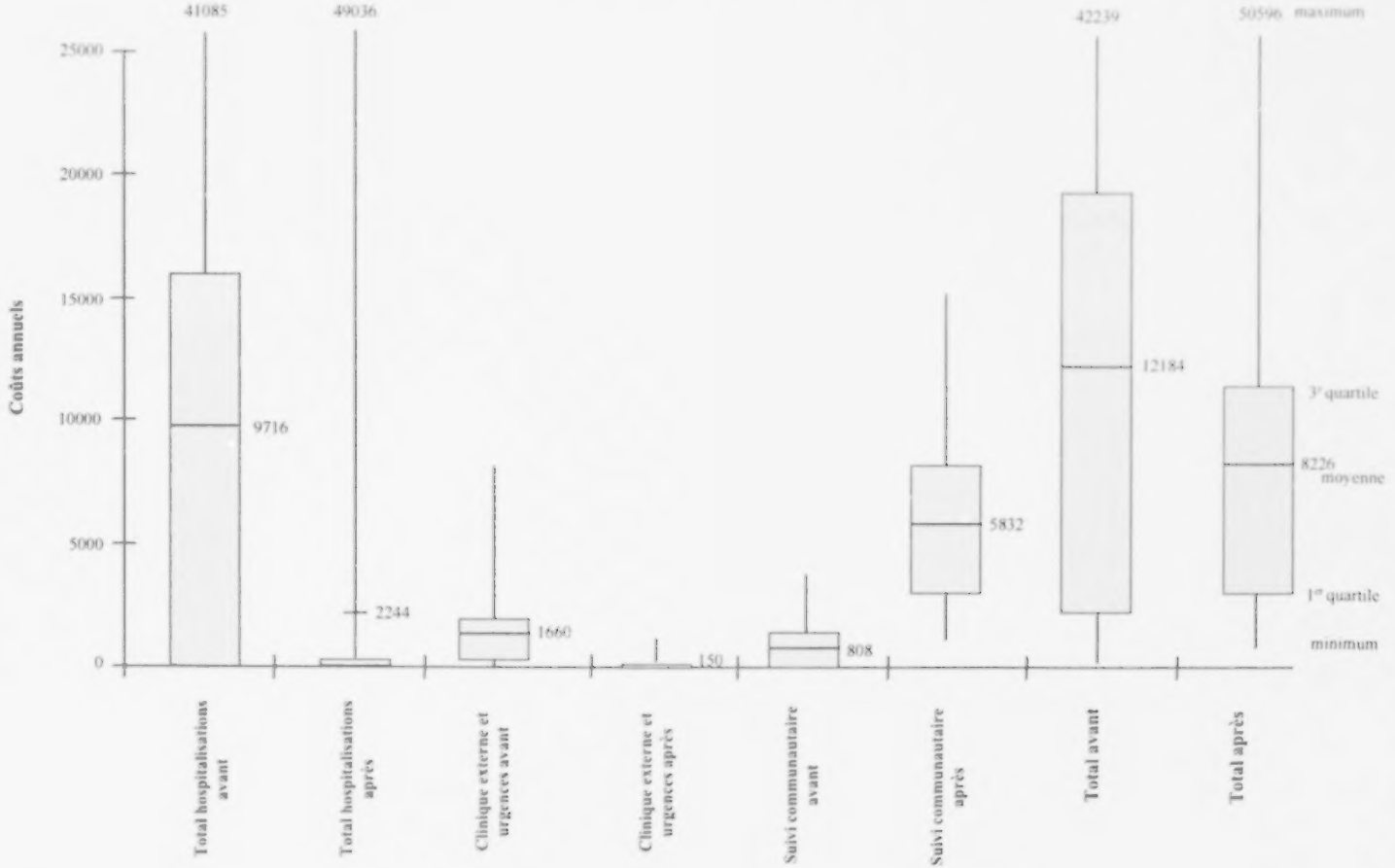


Figure 5.2 :

Coûts annuels de l'utilisation des ressources avant et après l'inscription au Service d'accompagnement et de soutien communautaire du Centre hospitalier Pierre-Janet pour les usagers avec des hospitalisations avant l'inscription (71 % des inscriptions)

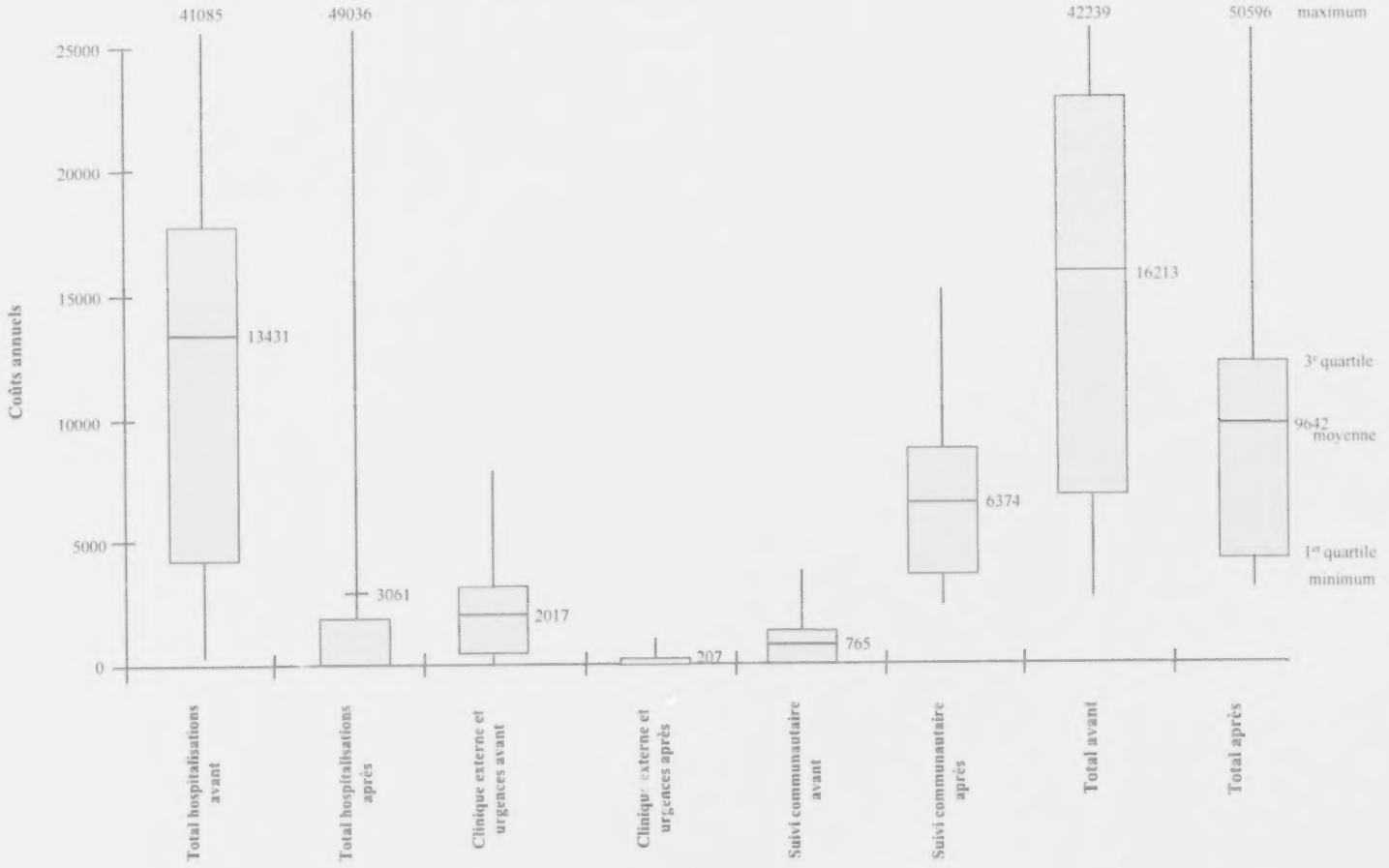
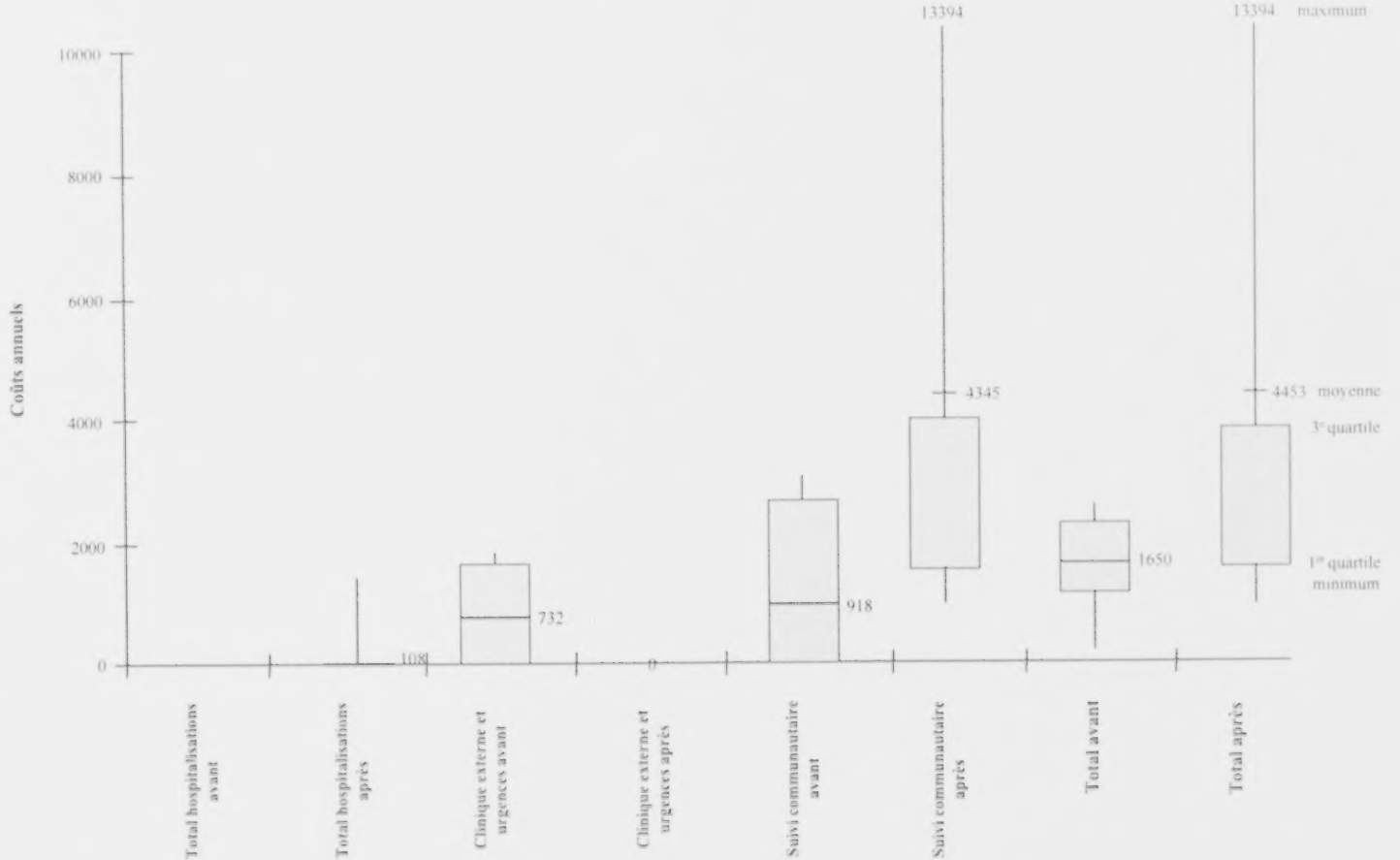


Figure 5.3 :

Coûts annuels de l'utilisation des ressources avant et après l'inscription au Service d'accompagnement et de soutien communautaire du Centre hospitalier Pierre-Janet pour les usagers sans hospitalisations avant l'inscription (29 % des inscriptions)



Ces résultats ont, toutefois, plusieurs limites. D'abord, la taille de l'échantillon est limitée. Ensuite, il est possible que la réduction très importante dans les hospitalisations des usagers qui en avaient au départ reflète, en partie, une amélioration dans leur état qui se serait produite de toute façon. De plus, nous n'avons pas pu mesurer directement les effets possibles du Service sur les coûts associés à l'hébergement, aux services communautaires ou aux hospitalisations dans d'autres établissements. Les hospitalisations dans d'autres établissements sont certainement négligeables étant donné que les clients du Service d'accompagnement sont normalement transférés au Centre Hospitalier Pierre-Janet s'ils se présentent à leurs salles d'urgence. Les coûts associés à l'hébergement à l'extérieur, en substitution à l'hospitalisation, pourraient représenter quelques centaines de dollars par usager en dépenses additionnelles pour le réseau (voir plus loin). Nous n'avons pas pu évaluer les coûts associés à l'utilisation d'organismes communautaires. Dans l'ensemble, cependant, ces résultats suggèrent que le Service a permis de réaliser une économie nette pour le réseau.

5.2 Le centre d'intégration communautaire de Shawinigan

Conformité au modèle de suivi intensif en équipe

Le Centre d'intégration communautaire (CIC) de Shawinigan représente un modèle plus complexe de prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Il est conçu pour répondre aux besoins d'une clientèle plus hétérogène qu'une équipe de suivi intensif. Le CIC se compose en fait de 3 sous-équipes. Deux de celles-ci, comprenant chacune 4 intervenants, font surtout du suivi individuel, avec un ratio de 1:25 ou 1:30. La sous-équipe de suivi résidentiel comprend quatre éducateurs et suit les clients les plus difficiles, avec un ratio de 1:12. Cette sous-équipe peut faire appel aux infirmières de la sous-équipe dite de suivi personnalisé.

Le CIC retient les services d'un psychiatre à titre de conseiller clinique, mais ne comprend pas de médecin qui fournit des services directement à ses usagers. Il ne fournit pas directement de services relatifs à l'alcoolisme ou la toxicomanie mais travaille plutôt en partenariat avec une ressource dédiée à cette fin.

Ainsi le CIC fournit moins de services directs que ne le prescrit le modèle de suivi intensif en équipe. Cependant, le suivi par la sous-équipe de suivi résidentiel se fait en équipe, les heures d'ouverture couvrent les soirs et les fins de semaine et les services sont rendus très majoritairement dans le milieu de vie des clients. Le CIC peut donc être considéré comme une variante du modèle de suivi intensif en équipe. Le Tableau 5.2 décrit plus en détail les différences entre le CIC de Shawinigan et le modèle de suivi intensif en équipe.

Impact sur les usagers

L'impact du Centre d'intégration communautaire de Shawinigan sur les symptômes, le fonctionnement social, la qualité de vie, etc. des usagers n'a pas encore été évalué de façon rigoureuse. La seule donnée pertinente dont nous disposions est le résultat d'un sondage postal effectué en 1995 auprès de 108 usagers. Cinquante-neuf (soit 55 %) d'entre ceux-ci ont répondu. Quatre-vingt-quinze pour cent se sont déclarés très satisfaits (70 %) ou satisfaits (25 %) des « informations et des interventions dispensées » par leur intervenant. Des pourcentages à peu près identiques ont été obtenus quant à «la qualité des contacts humains vécus» avec leur intervenant.

Tableau 5.2 : Caractéristiques du modèle de suivi intensif en équipe dans la communauté comparées à celles du Centre d'intégration communautaire de Shawinigan*

Suivi intensif en équipe dans la communauté (modèle *ACT*)	CIC de Shawinigan (Sous-équipe de suivi résidentiel)
Fonctionnement intensif et en équipe	
• **Contacts fréquents:** jusqu'à 4 par usager par semaine *en moyenne*	• Fréquence et intensité non mesurées; peuvent être supérieures
• **Services intensifs:** jusqu'à deux heures par client par semaine *en moyenne*	
• **Faible ratio intervenant: clients:** 1:10	• 1:12
• **Réunions d'équipe quotidiennes**	• Échanges informels, mais réunion hebdomadaire
• **Approche d'équipe:** la majorité des usagers rencontrent plus d'un membre de l'équipe dans une semaine donnée	• Non. Intervenant primaire avec soutien de l'équipe.
Responsabilité et implication dans la communauté	
• **Responsabilité complète pour les services:** l'équipe fournit elle-même tous les services de psychothérapie, de soutien au logement, de traitement pour alcoolisme / toxicomanie, de soutien à l'emploi, et de réadaptation.	• Psychothérapie: certains; soutien au logement: oui; traitement pour alcoolisme / toxicomanie: en partenariat (deux intervenants pivots); soutien à l'emploi: oui; réadaptation: oui.
• **Couverture 24/7:** de préférence, l'équipe assure directement une couverture 24/7.	• Services réguliers le soir et la fin de semaine, mais pas de couverture la nuit.
• **Contrôle sur la décision d'admission à l'hôpital:** l'équipe est impliquée dans jusqu'à 95% des admissions	• Oui
• **Travail dans la communauté:** jusqu'à 80% du temps des intervenants	• Oui
• **Critères d'admission bien définis:** l'équipe s'assure que tous les usagers qu'elle dessert répondent à des critères d'admission bien définis	• Usagers n'ont pas besoin de référence médicale. Critères d'admission définis pour le CIC globalement.
• **Implication auprès du milieu de l'usager:** jusqu'à un contact par semaine par client avec la famille, le propriétaire de logement, l'employeur, etc., pour soutenir et développer les habiletés	• Sinon un par semaine par client, du moins plusieurs
Suivi tenace des usagers	
• **Services de durée indéfinie**: l'équipe continue de desservir un usager aussi longtemps que cela semble cliniquement justifié	• Oui
• **Suivi tenace**: l'équipe use de moyens réfléchis pour maintenir la relation avec l'usager, y compris juridiques (e. g., fiducie) lorsque nécessaire	• On permet à l'usager de se distancer, tout en gardant le contact. Mécanismes juridiques utilisés en cas de dangerosité.
• **Engagement à long terme:** taux de roulement des usagers de moins de 5% par an, en maintenant une intensité de suivi mutuellement satisfaisante.	• Faible taux de roulement si on tient compte des transferts entre sous-équipes et des réinscriptions.
• **Participation aux plans de congé:** dans jusqu'à 95% ou plus des cas.	• Souvent, sur demande du personnel de l'hôpital

Tableau 5.2. (suite) : Caractéristiques du modèle de suivi intensif en équipe dans la communauté comparées à celles du Centre d'intégration communautaire de Shawinigan*

Suivi intensif en équipe dans la communauté (modèle *ACT*)	CIC de Shawinigan (Sous-équipe de suivi résidentiel)
Traitement intégré pour alcoolisme / toxicomanie	
• **Traitement individualisé pour personnes avec double diagnostic**	• Non, seulement en concertation avec réseau toxicomanie
• **Groupes de traitement pour doubles diagnostics:** la moitié ou plus des usagers concernés participent à au moins une réunion par mois.	• Non
• **Modèle «double problématique»** (« *dual disorder model* »): modèle de traitement par étapes favorisant, les approches comportementales plutôt que la confrontation, tenant compte des interactions entre maladie mentale et alcoolisme / toxicomanie, visant à long terme l'abstinence, et appliqué directement par l'équipe.	• Non
Spécialistes au sein de l'équipe	
• **Infirmière:** au moins une infirmière pour 50 usagers desservis.	• 1 infirmière pour 60 usagers; celles du suivi personnalisé impliquées au besoin
• **Psychiatre:** au moins un psychiatre à mi-temps pour 50 usagers.	• Usagers traités par divers médecins du CH ou communauté; un psychiatre à titre de conseiller clinique.
• **Spécialiste en alcoolisme / toxicomanie:** au moins une personne avec une année de formation académique ou d'expérience dans le domaine.	• Non
Répartition du travail	
• **Coordonnateur fournit des services directs:** la moitié du temps ou plus.	• Une coordonnatrice pour les deux CIC, ne fournit pas de services directs.
• **Peu de nouveaux usagers acceptés chaque mois:** pas plus de 6 par mois en moyenne au cours des derniers 6 mois.	• 5 par mois maximum pour le résidentiel.

*Lorsque la réponse dépend de la sous-équipe envisagée, il s'agit de la sous-équipe de suivi résidentiel qui s'occupe des personnes avec les troubles les plus graves.

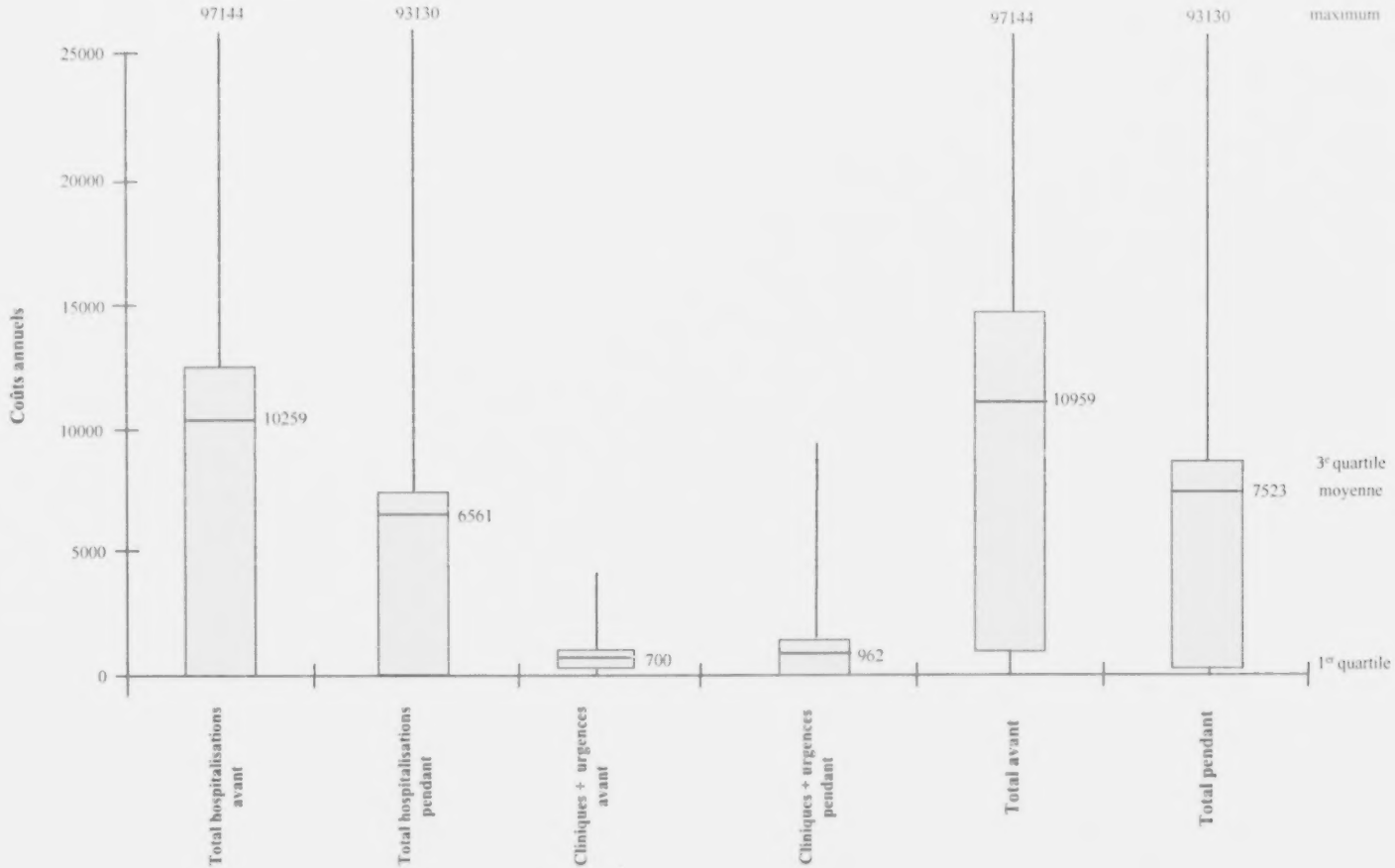
Coûts nets

Nous avons obtenu, pour un échantillon aléatoire de 147 personnes qui se sont inscrites au CIC de Shawinigan en 1991-1992, des données détaillées sur leur utilisation de services hospitaliers pendant les trois années précédant leur inscription de même que pendant les trois années subséquentes. Nous avons estimé les coûts unitaires de ces services en utilisant les mêmes méthodes que pour l'analyse du Service d'accompagnement et de soutien communautaire à Hull (voir Annexe A).

Comme le montre la Figure 5.4, l'inscription au CIC est associée à une réduction du coût des hospitalisations moyenne d'environ 3 700 $ par an, reflétant une réduction de 37 % dans les jours d'hospitalisation. Nous avons aussi noté une augmentation du coût de la clinique externe, d'environ 300 $ par an en moyenne. À

Figure 5.4 :

Coûts annuels de l'utilisation des ressources avant et pendant la première inscription au CIC de Shawinigan (n=147)



partir d'un échantillon distinct, nous avons aussi évalué l'impact de l'inscription au CIC sur les coûts d'hébergement et, dans leur ensemble, ceux-ci ne semblent pas être affectés de façon substantielle. En regard de cela, le coût moyen annuel par usager-année, c'est-à-dire le coût calculé en supposant un suivi continu de chaque usager pendant toute l'année, est d'environ 5 500 $ si l'on inclut les coûts indirects (si l'on compte le nombre d'usagers par année selon les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est-à-dire que chaque personne ayant été inscrite au CIC pendant l'année, ne fût-ce que pour une semaine, compte comme un usager, le coût par usager est inférieur à 3 000 $[23]). Ces nombres suggèrent donc que le CIC de Shawinigan encourt un coût net d'environ 2 100 $ par usager-année.

Les Figures 5.5 et 5.6 montrent que, comme pour Hull, les usagers qui avaient des hospitalisations durant les 3 années précédant leur inscription ont vu leurs coûts diminuer d'environ 6 200 $ en moyenne pendant leur première inscription, ce qui fait plus que compenser les coûts moyens du suivi. En revanche, les usagers qui n'avaient pas d'hospitalisations antérieures ont coûté environ 3 800 $ de plus en coûts directs durant leur première inscription qu'avant.

Les réserves émises sur la précision des estimés pour le Service d'accompagnement et de soutien communautaire de Hull s'appliquent aussi sauf que nous avons pu, dans le cas de Shawinigan, évaluer plus précisément l'impact sur le coût au niveau de l'hébergement, et que l'échantillon dont nous disposions était beaucoup plus grand[24].

Il faut noter aussi que ces estimés sont basés sur une comparaison de la période pré-inscription avec la période pendant l'inscription. Dans la mesure où les services du CIC ont permis aux clients d'atteindre un niveau de stabilité plus élevé qu'ils auront conservé après leur *dés*inscription, on a sous-estimé les épargnes réalisées par le CIC. Cependant, il est difficile d'estimer cette épargne additionnelle potentielle.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer le fait que la réduction dans les jours d'hospitalisation a été plus grande à Hull (77 %) qu'à Shawinigan (37 %). Les sous-analyses qui ont été présentées montrent que cela n'est pas dû à une différence dans les proportions d'usagers qui ont des hospitalisations antérieures. Il n'est pas possible non plus de déterminer quel effet la période plus courte de mesure des hospitalisations à Shawinigan aura eu sur la différence entre les pourcentages de réduction. Il se pourrait cependant que la clientèle desservie par le CIC inclue une plus grande proportion d'usagers très malades que la clientèle desservie par le SASC : le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie détient un nombre important de lits de longue durée depuis 1976, ce qui aura attiré des patients très gravement malades des régions avoisinantes, tandis que le Centre hospitalier Pierre-Janet n'en détient que depuis 1990. Une comparaison plus détaillée que celle réalisée pour ce rapport serait nécessaire pour résoudre la question.

[23] Il est assez courant pour quelqu'un de s'inscrire au CIC et de se désinscrire plusieurs mois ou quelques années plus tard, pour ensuite se réinscrire à nouveau. Ceci reflète en partie le mode de fonctionnement du CIC, qui accepte assez facilement la désinscription sans pour autant nécessairement perdre de vue le client; ainsi la désinscription peut constituer un temps de «retrait positif».

[24] La différence dans les tailles des échantillons reflète la disponibilité plus grande de ressources hospitalières à Shawinigan pour compiler les données nécessaires à l'étude; dans les deux cas, ce travail a dû être effectué à partir d'archives médicales non informatisées.

Figure 5.5 :

Coûts annuels de l'utilisation des ressources avant et pendant la première inscription au CIC de Shawinigan pour les usagers avec hospitalisations avant l'inscription (70 % des inscriptions)

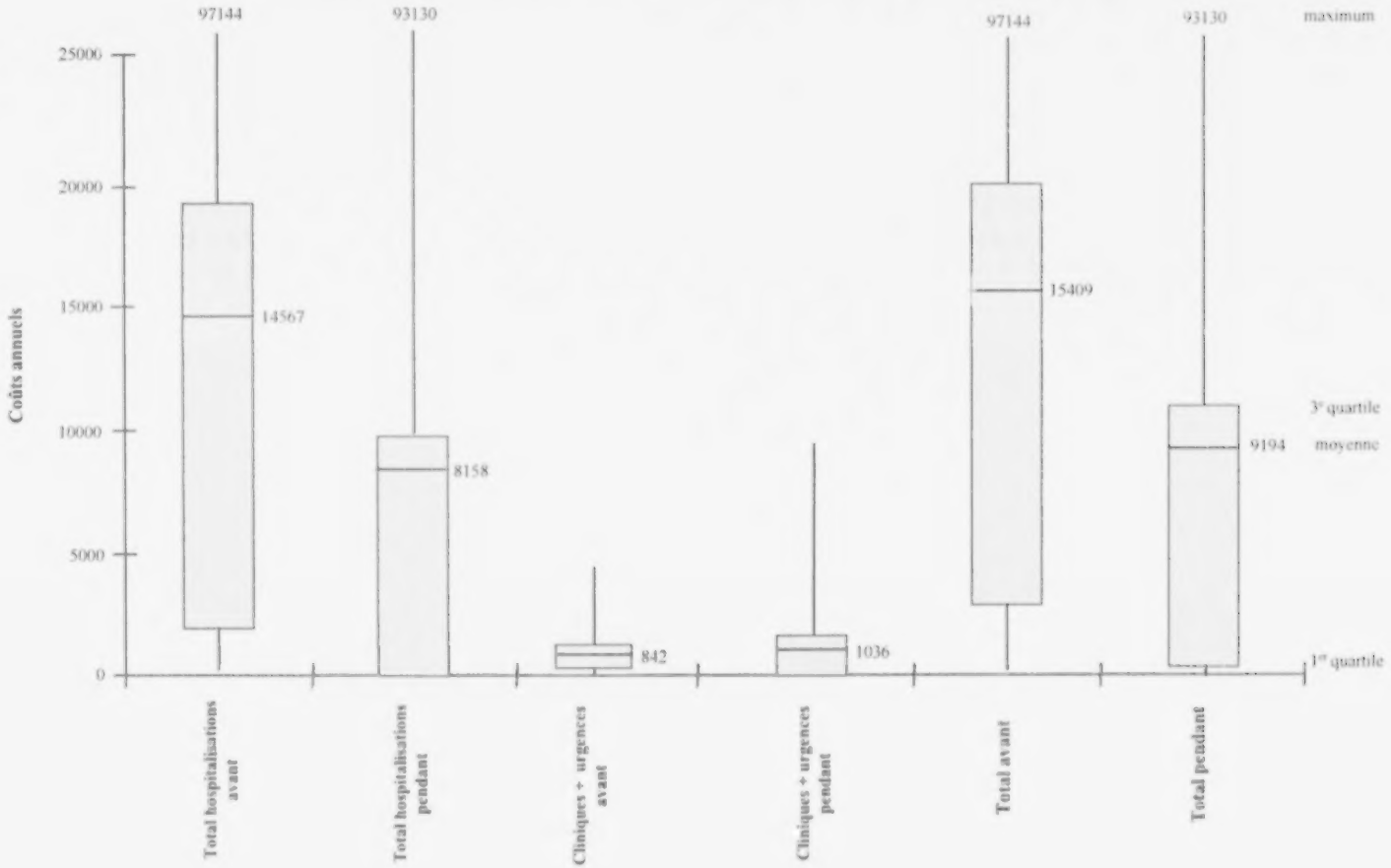
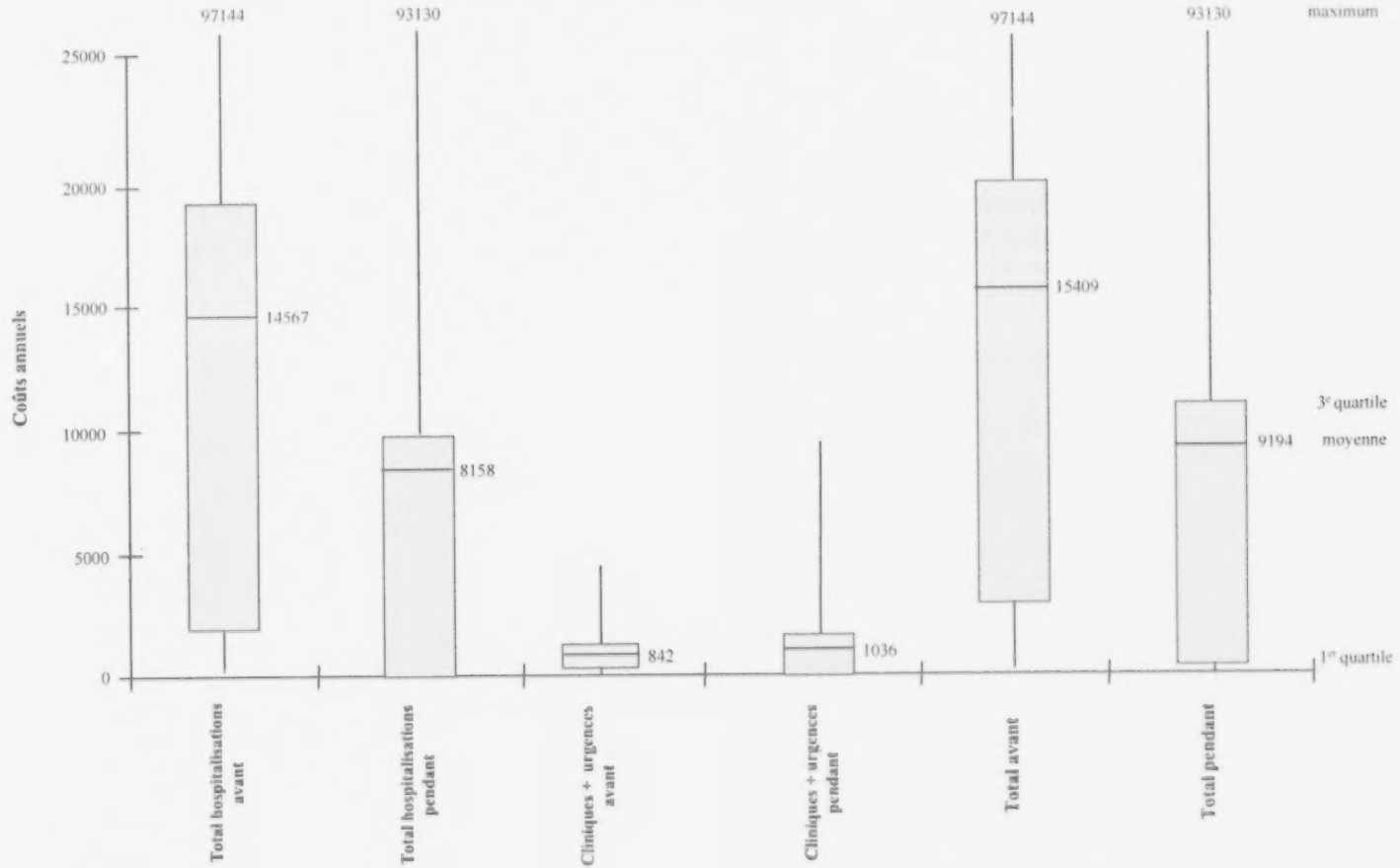


Figure 5.5 :

Coûts annuels de l'utilisation des ressources avant et pendant la première inscription au CIC de Shawinigan pour les usagers avec hospitalisations avant l'inscription (70 % des inscriptions)



5.3 Conclusions

Les deux programmes étudiés représentent des adaptations du modèle de suivi intensif en équipe et elles en préservent plusieurs caractéristiques importantes, comme l'ont montré les Tableaux 5.1 et 5.2. Sans avoir pu conduire d'étude comparative randomisée, les données rétrospectives que nous avons pu obtenir sont en accord avec ce que l'examen de la littérature permettait d'anticiper : ces deux programmes ont permis de réduire les coûts d'hospitalisation de façon substantielle.

On notera que les deux programmes acceptent une proportion relativement élevée, environ 30 % sur une période de trois ans, d'usagers qui n'ont pas d'hospitalisations antérieures. Outre les avantages cliniques pour ce groupe d'usagers, cette pratique peut engendrer des économies pour le réseau dans la mesure où le programme est capable de cibler les personnes dont l'état, en l'absence de ces services, se détériorerait au point d'exiger un nombre important de jours d'hospitalisation. De tels gains en efficience (augmentation de la qualité des soins *et* réduction des coûts!) ne sont pas mesurés par la méthode utilisée ici. Si les deux programmes n'offraient des services qu'à une clientèle à réhospitalisations multiples, les économies en termes de jours d'hospitalisation seraient forcément encore plus grandes.

6. ADAPTABILITÉ DU MODÈLE DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE AU CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Le chapitre précédent indique assez clairement qu'il est possible d'implanter au Québec des programmes qui fonctionnent sensiblement selon les principes du modèle de suivi intensif en équipe, tout en obtenant, à tout le moins, des réductions en jours d'hospitalisation comparables à celles relevées dans les études ayant couvert cet aspect. Nous abordons ici trois questions importantes qui se posent lorsque l'on envisage l'insertion du modèle en territoire québécois. Il s'agit de la nature des relations entre les intervenants et les usagers, du changement dans les rôles professionnels et du partenariat entre les ressources.

6.1 NATURE DES RELATIONS ENTRE LES INTERVENANTS ET LES USAGERS

La loi québécoise assure une protection considérable des droits des usagers et on est de plus en plus conscient du besoin de respecter leur autonomie. Toute prise en charge communautaire, en fait toute relation d'aide envers un usager, présente un certain risque de paternalisme et de coercition. Le suivi intensif en équipe présente cependant un risque particulier à cet égard, parce qu'il implique plusieurs intervenants agissant de façon concertée dans pratiquement tous les aspects de la vie d'un usager.

La façon de gérer ce risque est un sujet complexe, qui suscite un grand questionnement aux États-Unis comme au Québec [31, 34, 52, 101]. Il ne peut être discuté en détail dans ce type de rapport et c'est pourquoi nous nous bornerons à rapporter quelques observations générales:

- Il peut y avoir des circonstances dans lesquelles un usage limité de coercition peut permettre à un usager de maintenir un mode de vie qui, dans l'ensemble, lui paraît préférable [34, 52]. Par exemple, l'équipe peut contrôler une partie des prestations d'aide sociale de l'usager pour s'assurer que son loyer soit payé – l'empêchant ainsi de le dépenser de façon impulsive et de se retrouver évincé de son logement plus tard. Les tenants de l'*ACT* aux États-Unis vont jusqu'à dire que, dans certains cas, un usager peut bénéficier à long terme d'un recours à des mécanismes juridiques de coercition pour assurer qu'il prenne ses médicaments. Par exemple, la prise régulière de médicaments prescrits, dans le cadre d'un programme de suivi intensif en équipe, peut permettre à un usager de réaliser des objectifs personnels qui lui sont chers, tels que le maintien d'un logement autonome [34, 101].

- L'usage abusif de coercition détruit rapidement la relation entre l'équipe et l'usager – ce qui rend beaucoup plus difficile le maintien d'un suivi à long terme, aspect fondamental du suivi intensif en équipe [34]. Une approche axée sur la collaboration plutôt que coercitive aura donc le plus de chances de fonctionner à long terme [101].

- La responsable des équipes *ACT* du Rhode Island, Gloria Mazza, propose à ce sujet la perspective suivante. Selon elle, le suivi intensif en équipe, justement parce qu'il est un outil si efficace, peut générer des résultats importants tout en respectant pleinement l'autonomie et la dignité de l'usager. On peut donc obtenir des gains tangibles dans l'état d'un usager sans avoir recours à des menaces ou à des conditions, explicites ou voilées (Gloria Mazza, communication personnelle, février 1998)[25]. Par exemple, on peut gra-

[25] Le programme de suivi intensif en équipe du Rhode Island compte actuellement 13 équipes, dont madame Mazza assure à la fois, pour le compte du gouvernement

duellement, en établissant une relation de confiance avec un usager, l'amener à accepter de prendre ses médicaments et négocier avec lui la dose en étant attentif à ses réactions physiques, mentales et comportementales au médicament [101], réactions qui sont observées et discutées sur une base quotidienne ou presque par plusieurs intervenants et le psychiatre à la fois. La qualité des relations entre l'usager et les membres de l'équipe est toujours vue comme primordiale (Gloria Mazza, communication personnelle, février 1998).

L'attitude fondamentale des intervenants d'une équipe envers les usagers contribuera pour beaucoup à l'empathie, l'énergie et la créativité qu'ils déploieront pour aider ces usagers. Une telle attitude est difficile à acquérir. On doit donc chercher à embaucher des intervenants qui la possèdent au départ – des intervenants qui « se sentent plus semblables aux usagers que différents d'eux » – et donc seront naturellement portés à les traiter avec empathie et compassion (Gloria Mazza, communication personnelle, février 1998). L'inclusion au sein de l'équipe d'un usager (ou ex-usager) comme intervenant contribue aussi à encourager une telle attitude au sein de l'équipe [38, 101].

On peut donc conclure, en résumé, que le modèle de suivi intensif en équipe allie la technique du monde médical et professionnel à une philosophie et une approche plus souvent associées aux organismes communautaires, du moins ceux qui souscrivent à des objectifs de réadaptation de l'usager. (Pour une analyse de philosophies différentes parmi les organismes communautaires, voir l'article par Corin *et al.* [29].)

de l'État, l'évaluation et le support technique. Ce programme est reconnu aux États-Unis comme un des plus fidèles (avec celui du Wisconsin) au modèle de suivi intensif en équipe tel que décrit par Stein et Test.

6.2 Besoin de définir de nouveaux rôles professionnels

Une seconde caractéristique du milieu québécois doit être prise en compte lorsque l'on envisage d'implanter un programme de suivi intensif en équipe : les rôles du psychiatre et des intervenants d'une équipe de suivi intensif ne correspondent pas aux rôles professionnels habituels au Québec. Le fonctionnement efficace d'une équipe de suivi intensif exige que chaque infirmière, par exemple, accepte de faire un travail assez différent et, à certains égards, plus flexible et général que ce qui est envisagé par son Ordre professionnel comme étant propre aux infirmières. À Shawinigan, on a dû réviser les descriptions de tâches traditionnelles, de façon à définir des champs de responsabilité communs à tous les intervenants, tout en reconnaissant les contributions spécifiques de chaque profession[26]. Il a aussi été nécessaire, dans le cas des Centres d'intégration communautaire, de négocier des ententes révisées avec les syndicats de façon à permettre une plus grande souplesse dans les horaires des intervenants. Ces négociations se sont faites assez facilement[27].

Le rôle du psychiatre dans une équipe de suivi intensif se distingue d'au moins trois façons importantes du rôle traditionnel d'un psychiatre qui travaille auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves :

[26] Ce travail a été formalisé au Centre hospitalier Sainte-Thérèse parce que tout l'établissement a changé d'orientation. À Hull, en revanche, on a établi un relativement petit programme dans lequel des intervenants ont accepté dès le départ de travailler avec des conditions de travail inhabituelles.

[27] Les négociations ont porté entre autres sur le nombre d'heures travaillées par jour, le paiement au tarif normal pour les heures supplémentaires et la possibilité pour un intervenant de se reposer moins de 16 heures entre deux quarts de travail (Lucie Gauthier, Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, communication personnelle, juin 1998).

- le psychiatre passe une partie importante de son temps à rencontrer les usagers dans leur milieu de vie;
- il partage le pouvoir de décision clinique avec le coordonnateur de l'équipe, qui n'est pas un médecin;
- le psychiatre participe à certaines interventions de l'équipe auprès d'organisations diverses (CLSC, etc.) [2, 101].

Il n'existe pour le moment au Québec que quelques psychiatres qui pratiquent à peu près selon ce modèle. Si ces différences posent certaines difficultés, en revanche, la prédilection de plusieurs psychiatres québécois pour le modèle de clinique spécialisée peut constituer un avantage : l'équipe de suivi intensif est elle-même, en quelque sorte, une clinique spécialisée, qui présente des défis professionnels importants ainsi que de nombreuses opportunités de recherche.

6.3 Complémentarité du suivi intensif en équipe avec les autres ressources

On privilégie au Québec, dans le domaine de la santé mentale en particulier, une orientation de partenariat entre les ressources [18]. Comme on l'a vu, cependant, un des principes du modèle de suivi intensif en équipe est que l'équipe doit fournir un maximum de services directement. Quelles sont donc les implications de ce modèle pour le partenariat entre les ressources ? Comme l'explique ce rapport, tandis que la prestation directe d'un maximum de services tend à réduire le partenariat entre les ressources, l'objectif de maximiser l'intégration communautaire de l'usager fait que l'équipe cherche à impliquer une grande variété d'autres ressources (pas seulement des ressources du réseau santé mentale) dans l'environnement des usagers. On doit donc distinguer deux grandes tendances dans la relation entre l'équipe de suivi intensif et son environnement.

a) Services fournis directement par l'équipe

Soutien au logement

De nombreuses enquêtes auprès d'usagers indiquent que la majorité préfèrent vivre dans leur propre appartement ou maison et non dans des ressources d'hébergement [28]. C'est un objectif dont le suivi intensif en équipe facilite la réalisation : en aidant l'usager à planifier son budget, à prendre ses médicaments, à organiser sa vie domestique et en intervenant au besoin en médiateur entre l'usager et ses voisins ou son propriétaire. On cherche donc à éviter les résidences supervisées, privilégiant plutôt le soutien intensif aux clients dans des milieux de vie autonomes.

Soutien à l'emploi

Des recherches effectuées au cours des dix dernières années environ ont démontré qu'une proportion importante des usagers peuvent occuper un emploi dans un cadre de travail normal, si on leur donne un soutien approprié. Deux facteurs de succès importants ressortent des études conduites jusqu'à ce jour :

- les services de suivi et de soutien à l'emploi doivent être donnés par les membres d'une même équipe professionnelle; et
- il faut placer l'usager directement dans un emploi normalisant qui correspond à ses préférences et ensuite le soutenir (de même que l'employeur) dans son emploi [10].

Des études récentes, la plupart réalisées au New Hampshire, ont montré que des programmes fonctionnant de cette façon peuvent augmenter les taux d'emploi de façon dramatique en comparaison avec des programmes de jour axés vers la réadaptation professionnelle [10].

Il existe deux modèles principaux pour intégrer les services de suivi et de soutien à l'emploi :

- inclure sur l'équipe de suivi intensif un ou deux spécialistes en réadaptation professionnelle [2], qui ne s'occupent pas des crises consommant beaucoup du temps et d'énergie d'une équipe, mais qui se concentrent sur le soutien à l'emploi (Gloria Mazza, communication personnelle, février 1998);

- le modèle de placement individualisé et soutien (« *Individualized Placement and Support)* » : dans un même centre de dispensation de services pour une clientèle santé mentale assez large, on inclut à la fois une équipe de suivi intensif et une équipe de soutien à l'emploi [6, 39]. Cette dernière dessert des usagers de l'équipe de suivi intensif, mais majoritairement d'autres usagers dont les troubles mentaux sont moins graves. Les deux équipes sont logées dans le même bâtiment et leurs membres communiquent entre eux sur une base quotidienne (dans le contexte américain, le bâtiment commun est celui d'un « *Community Mental Health Center* ») [6].

Il n'y a pas encore de consensus quant à la supériorité de l'un ou l'autre de ces modèles en termes de résultats[28].

Il faut reconnaître cependant que relativement peu d'équipes *ACT* aux États-Unis comprennent un spécialiste en réadaptation professionnelle [104], et le modèle de placement individualisé et de soutien ne fait que commencer à se répandre. Quel que soit le plus efficace de ces deux mécanismes organisationnels, on voit qu'à long terme des équipes de suivi intensif chercheraient, sinon à intégrer la fonction de soutien à l'emploi, du moins à s'associer de très près avec un programme de soutien à l'emploi.

Traitement pour alcoolisme / toxicomanie

Le traitement pour toxicomanie se fait principalement par l'équipe même, qui comprendra au moins une personne avec une formation dans ce domaine. Au point de départ, on situe chaque usager qui est ou a été alcoolique ou toxicomane à un point particulier d'une échelle allant de la « pré-contemplation » (l'usager ne considère pas sa consommation comme un problème) au maintien effectif de l'abstinence. À chaque stade, on offre à l'usager un éventail d'interventions possibles [43, 44, 113]. Les intervenants de l'équipe de suivi intensif guident l'usager à travers du processus, par exemple en l'amenant graduellement, s'il en est encore au stade de précontemplation, à reconnaître les coûts personnels que son abus de substances toxiques engendre. Le recours à des groupes comme Alcooliques Anonymes peut se faire, selon les prédilections de l'usager (Elaine Martin, enregistrement vidéo, mars 1998). Quant au traitement résidentiel pour toxicomanes, les études suggèrent qu'il a un faible taux de succès chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. En conclusion, puisqu'il offre un traitement intégré, le suivi intensif en équipe implique relativement peu de recours aux ressources existantes pour alcoolisme et toxicomanie.

[28] Pour pouvoir placer ces commentaires très focalisés dans un contexte historique et systémique plus large, voir le rapport récent du Comité de la santé mentale du Québec, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale* [28, p. 49-54].

Cliniques externes psychiatriques, cliniques spécialisées

Une équipe de suivi intensif vraiment multidisciplinaire, comprenant un psychiatre, des infirmières, un travailleur social, etc., n'aura peu ou pas besoin de faire appel à une clinique externe. Normalement, il ne sera pas nécessaire non plus d'avoir recours à une clinique spécialisée dans un diagnostic particulier, la schizophrénie par exemple : l'équipe de suivi intensif qui comprend un psychiatre est elle-même la clinique spécialisée qui a assumé la responsabilité de l'usager.

b) Liens avec d'autres ressources

Dans le but de favoriser une intégration de l'usager à la communauté aussi complète et normale que possible, l'équipe de suivi intensif cherchera souvent à mettre l'usager en relation avec une grande variété de ressources et d'organisations. Il peut s'agir, d'une part, de ressources de santé mentale spécialisées : groupes d'entraide, clubs sociaux, ressources de santé mentale orientées vers les arts, autres ressources axées vers les loisirs, services de crise 24/7, pour une équipe de suivi qui ne couvre pas les nuits directement, etc. D'autre part, il existe une grande variété d'organisations avec lesquelles des liens pourraient être formés au bénéfice des usagers : employeurs, conformément au modèle de soutien à l'emploi régulier; médecins, pour des problèmes de santé physique qu'un usager pourrait avoir ignoré; CLSC, pour des soins infirmiers physiques à domicile; commerçants, qui pourraient au départ trouver la présence régulière de certains usagers dérangeante; propriétaires, qui pourraient refuser de louer leurs appartements à certains usagers; bureaux de l'assistance sociale; centres sportifs; etc.

Dans bien des cas le travail de l'équipe doit se faire autant auprès des organisations pour les aider à accepter et à composer de façon harmonieuse avec les usagers qu'auprès des usagers pour les aider à interagir plus normalement. Il faut aussi mentionner les familles des usagers, que l'équipe de suivi intensif cherchera à rencontrer et à inclure dans sa démarche auprès des usagers, en particulier en formant des groupes de psycho-éducation multifamiliaux [101].

En conclusion, on voit donc que le suivi intensif en équipe, même s'il insiste sur la prestation directe d'un grand nombre de services, collabore néanmoins avec une grande variété d'autres organisations et ressources. On cherche dans tous les cas à aider l'usager à développer un « tissu social » qui va au-delà de l'équipe de suivi intensif, dans la mesure où l'usager en est capable.

7. COÛT NET DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE

Sans contredit, un programme de suivi intensif en équipe est relativement coûteux. En revanche, comme le suggère l'exemple du Service d'accompagnement et de soutien communautaire de Hull, les économies en termes de jours d'hospitalisation et de services ambulatoires peuvent plus que compenser les coûts du programme ainsi que les autres coûts supplémentaires engendrés. Nous avons cherché à estimer, en examinant des cas représentatifs autres que ceux de Hull et de Shawinigan, quel serait l'impact économique net (en termes de coûts pour le système de santé et de services sociaux québécois) de la prestation de suivi intensif en équipe à la population susceptible d'en bénéficier.

Le Tableau 7.1 présente un estimé du coût de fonctionnement d'une équipe de suivi intensif. Nous supposons ici qu'il s'agit d'une équipe de suivi intensif calquée de près sur le modèle décrit à la section 2 et que le personnel de l'équipe provient d'un milieu institutionnel (les salaires offerts dans les organismes communautaires sont beaucoup moins élevés). Nous supposons en outre que l'équipe est localisée dans un bâtiment à l'extérieur de la structure hospitalière, par exemple une grande maison qui serait louée.

Le Tableau 7.1 indique qu'une équipe de suivi intensif, fonctionnant avec un ratio intervenants/usagers de 1:10, coûterait environ 8 250 $ par usager par an, en incluant les facturations de services du psychiatre à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ). Il est clair que ce chiffre est approximatif : les salaires en particulier vont dépendre de la composition de l'équipe en termes de professions et surtout des niveaux des intervenants sur l'échelle salariale.

Un programme formé et administré par un organisme communautaire, qui pourra payer son personnel beaucoup moins que ce que les conventions collectives exigent en milieu institutionnel, et qui n'inclura pas en général de médecin ou d'infirmières, pourra coûter environ 5 000 $ par usager par an, montant qu'il faut comparer à environ 7 500 $ par usager par an (excluant le psychiatre) pour un suivi organisé en milieu institutionnel.

Quelles seraient les économies pour le réseau générées par une telle équipe ? Selon la revue de la littérature présentée plus tôt, on peut supposer qu'un programme de suivi intensif en équipe tel que décrit au Tableau 7.1 aurait comme effet principal une réduction dans les jours d'hospitalisation et possiblement dans l'utilisation de la clinique externe et de l'urgence (section 3). L'effet net sur le coût d'hébergement est difficile à prédire puisqu'on devrait assister à la fois à une augmentation dans l'utilisation de résidences supervisées pour certains (qui n'avaient pas de domicile stable) et une réduction pour d'autres (qui déménageraient dans un appartement autonome). Il faut s'attendre à ce que le nombre accru de jours vécus dans la communauté, résultat de la réduction dans les jours d'hospitalisation, engendre aussi un coût.

Pour estimer la grandeur de ces effets, nous avons obtenu des données sur l'utilisation de ressources à partir d'un échantillon de patients à trois endroits : le territoire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, celui de l'Hôpital général de Montréal, et finalement celui de La Tuque, en Mauricie. Ainsi nous ajoutons aux deux territoires

Tableau 7.1 : Estimé du coût de fonctionnement annuel par client d'une équipe de suivi intensif comprenant 10 infirmières, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et agents de ressources humaines

Type de dépense	Coût total par année	Hypothèses de calcul
Salaires	505 000 $	6 x 50 000$, plus 4 x 35 000 $, plus 40 000$ de primes pour travail de soir et de fin de semaine, plus 25 000 $ pour une secrétaire
Charges sociales	65 650 $	+ 13% (estimé tenant compte des contributions de l'hôpital au Régime des Rentes du Québec, l'assurance-emploi, la CSST, le Fonds Provincial de Santé)
Loyer des bureaux, chauffage, etc.	36 000 $	1 500$ de loyer mensuel + 1 500 $ par mois pour chauffage, électricité, téléphone, et fournitures.
Téléphones cellulaires, petite caisse, formation du personnel, et autres	26 800 $	40 $ par intervenant par mois pour les téléphones cellulaires, 1 000 $ par mois en tout pour les contacts avec les usagers, 1 000 $ par intervenant par an pour la formation
Remboursements pour kilométrage, suppléments d'assurance automobile	38 500 $	300 $ par mois par intervenant + 250 $ par intervenant par an
Total des coûts directs	*671 950 $*	
Frais indirects	67 195 $	+10% (administration, assurances*, etc.)
Psychiatre (demi temps)	85 800 $	25 heures par semaine, payées à vacation (66 $ par heure), 52 semaines par an
Total des coûts	**824 945 $**	
Coût par client	**8 249 $**	Supposant un ratio de 1:10

*L'assurance professionnelle des intervenants autres que le psychiatre est supposée être assumée par l'institution qui chapeaute l'équipe.

moyennement urbanisés, Hull et Shawinigan, deux territoires très urbains, et un territoire à caractère rural[29].

7.1 Impact projeté sur les coûts nets pour le système de santé d'équipes de suivi intensif sur le territoire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Le territoire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine compte environ 292 000 personnes. Tenant compte, selon les arguments présentés à la section 4, du territoire très urbain, et en partie très défavorisé, de l'Hôpital, ainsi que du nombre de patients très malades qui se sont installés dans les environs de l'Hôpital, on estime à entre 300 et 600 personnes (1 à 2 personnes sur 1 000 approximativement) le nombre de personnes à desservir par un programme de suivi intensif en

[29] Notre intention initiale était de produire des estimés pour la ville de Québec, à partir de données de la Clinique Roy-Rousseau. La fusion de cet établissement avec l'Hôpital Robert-Giffard, qui s'est faite dans le courant de l'étude, a toutefois provoqué une telle dislocation dans le département des archives de la Clinique qu'il a été impossible d'obtenir les données nécessaires en temps voulu.

équipe. Cet hôpital a maintenant ajouté au personnel de ses sept cliniques externes plus d'une trentaine d'agents de suivi intensif; l'impact de ce changement de service est en voie d'être évalué. Nous avons cependant tenté d'estimer ce que pourrait être l'impact économique d'équipes de suivi intensif organisées selon le modèle de Madison.

Combien en coûterait-il d'offrir un suivi intensif en équipe à ce nombre de personnes ? Le coût du programme de suivi intensif en équipe lui-même varierait entre 2 475 000 $ à 4 950 000 $ environ, selon le nombre de personnes desservies, en utilisant l'estimé de 8 250 $ par personne présenté plus haut[30]. Pour estimer ensuite l'effet sur les autres coûts, nous avons obtenu trois ensembles de données.

Tout d'abord, nous avons relevé les coûts des ressources de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine utilisées par les patients hospitalisés le 23 octobre 1996 pendant les derniers six mois de 1996[31]. Ces données montrent que, pour les personnes avec 31 à 45 jours d'hospitalisation, le coût de l'utilisation des urgences et de la clinique externe représente environ 10 % du coût de l'hospitalisation, cette proportion déclinant à mesure que le nombre de jours d'hospitalisation augmente (Annexe B, Tableau B.1).

Deuxièmement, à partir de la distribution des différents types d'hébergement autres que l'hospitalisation que les patients avec moins de 45 jours d'hospitalisation par an ont utilisé pendant les derniers six mois de 1996, et de leurs coûts unitaires, nous avons estimé un coût moyen par nuit pour le système de santé et de services sociaux (mises à part les prestations d'aide sociale) d'environ 10 $ par nuit pour chaque jour d'hospitalisation évité (Annexe B, Tableau B.2). Nous estimons alors l'économie nette réalisée par jour d'hospitalisation évité à 279 $.

Troisièmement, nous avons obtenu la distribution du nombre de jours d'hospitalisation en 1996 des patients de l'Hôpital qui ont connu au moins une hospitalisation de courte durée en 1996 et qui portaient des diagnostics primaires de psychoses autres que les psychoses d'enfance (e. g., l'autisme), et les troubles de personnalité.[32] [33] À partir de ces données nous calculons que les 300 personnes ayant ces diagnostics primaires avec le plus de jours d'hospitalisation ont totalisé en 1996 environ 37 550 jours d'hospitalisation, pour une moyenne d'environ 125 jours chacune (minimum 92 jours) ; si on retient plutôt les 600 personnes avec le plus de jours d'hospitalisation, elles ont totalisé environ 46 550 jours, pour une moyenne de 78 jours chacune.

---

[30] On suppose ainsi qu'en ajustant le nombre de personnes desservies on fait varier le coût de façon linéaire, ce qui est bien sûr une approximation.

[31] Les données mesurant l'utilisation des ressources pour cet échantillon ont été recueillies à partir d'une étude menée à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine [64]. La date du 23 octobre est arbitraire.

[32] Nous aurions aussi pu exclure de ce compte les troubles de personnalité (CIM-9 : 301), étant donné que la littérature suggère que le traitement *ACT* n'est pas optimal pour ce type de client. Toutefois, dans la pratique, de telles personnes sont souvent suivies par des programmes de suivi intensif en équipe, et les moyennes de réductions en jours d'hospitalisation calculées reflètent l'inclusion de personnes portant des diagnostics de troubles de personnalité dans la plupart des études.

[33] Les cas de diagnostics primaires non spécifiés, qui représentent 40% du total, ont été distribués entre les deux groupes de diagnostics (CIM-9 : 295-298 et 301, versus les autres) au prorata des nombres dans chaque groupe pour lesquels le diagnostic était disponible, et ce, séparément pour chaque groupe de nombre de jours d'hospitalisation. Ainsi cette distribution des cas de diagnostics non spécifiés a été faite séparément pour les personnes ayant connu 1 à 5 jours d'hospitalisation, 6 à 10 jours, et ainsi de suite jusqu'à 361 à 365 jours et 366 jours d'hospitalisation.

Tableau 7.2 : Économies annuelles totales estimées suite à la prise en charge de personnes sur le territoire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine par un programme de suivi intensif en équipe

Réduction moyenne dans le nombre de jours d'hospitalisation	Nombre de personnes prises en charge par le programme de suivi intensif en équipe	Jours d'hospitalisation évités	Nombre de lits épargnés	Économie nette Pour le système de santé et de services sociaux
20%	300	7 500	21	(385 000 $)*
20%	600	9 200	25	(2 370 000 $)
50%	300	18 800	51	2 750 000 $
50%	600	23 100	63	1 499 000 $
80%	300	30 000	82	5 885 000 $
80%	600	37 000	101	5 369 000 $

* Un nombre entre parenthèses signifie, suivant la convention habituelle en comptabilité, un déficit.

Le Tableau 7.2 indique quelles seraient les économies approximatives réalisées par un programme de suivi intensif en équipe à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine qui ciblerait ces personnes. Ces économies sont estimées à partir de la perspective du système de santé et de services sociaux. Cette perspective attribue à un jour d'hospitalisation évité le plein coût d'un tel jour (moins l'économie de 10 $ par nuit sur le plan de l'hébergement en dehors de l'hôpital), y compris les charges indirectes (voir Annexe A) et une estimation des facturations des médecins à la RAMQ.

Comme on le voit, les économies réalisées pour le système de santé et de services sociaux sont substantielles, en autant que le programme réduise les jours d'hospitalisation d'environ 50 % ou plus. On voit aussi que l'économie est moindre si un plus grand nombre d'usagers sont desservis. La raison est que les 300 usagers additionnels sont supposés avoir des jours d'hospitalisation moindres, et ceux pour qui les jours d'hospitalisation *épargnés* sont inférieurs à 8 250 $/279 $ ≈ 30 jours coûtent plus cher en suivi qu'ils n'épargnent en hospitalisations / hébergement. Environ 150 des 600 usagers qui auraient alors été pris en charge avaient moins de 30 jours d'hospitalisation.

Ce résultat d'une économie réalisée en autant que le programme réduise les jours d'hospitalisation de 50 % ou plus est relativement insensible aux hypothèses posées quant au coût du programme de suivi intensif en équipe, à l'utilisation de la clinique externe et des urgences et à la nature de l'hébergement alternatif. Avec une réduction des jours d'hospitalisation de 50 %, pour qu'un programme de suivi intensif en équipe n'engendre pas d'économies, il faudrait que l'utilisation de la clinique externe et des urgences augmente sensiblement (alors qu'on s'attend à ce qu'elle décroisse), de même que celle des foyers de groupe et des maisons de transition, et que le coût du programme de suivi intensif en équipe soit sensiblement plus élevé. Une telle conjonction semble hautement improbable.

Il se peut toutefois que cette méthode d'estimation de l'épargne associée à la réduction d'un jour d'hospitalisation donne un résultat trop élevé. En effet, nous avons suivi la méthode habituelle dans ce genre d'analyse en calculant un

coût moyen (annexe A). Toutefois, une réduction dans le nombre de lits n'engendrera probablement pas, en pratique, une réduction proportionnelle dans les frais d'administration, d'informatique, etc. de l'hôpital. Si on suppose que l'épargne serait surestimée de 20 %, alors un jour d'hospitalisation évité ferait épargner 221 $ (tenant compte du coût d'hébergement dans la communauté estimé à 10 $).

L'économie demeure au delà de 100 000 $ avec 600 usagers desservis et au-delà de 1 million $ avec 300 usagers desservis, en supposant toujours que les programmes ne desservent que les usagers avec les plus grands nombres de jours d'hospitalisation et qu'ils réduisent les jours d'hospitalisation de 50 %. En fait l'épargne doit diminuer à 214 $ par jour d'hospitalisation évité pour que les 600 usagers desservis avec le plus de jours d'hospitalisation antérieurs cessent d'engendrer une économie nette; et à 132 $ si l'on ne dessert que les 300 usagers avec le plus de jours d'hospitalisation.

Il faut se rappeler cependant que l'épargne diminue dans la mesure où l'Hôpital augmente le nombre de personnes desservies par le programme et qui ont au départ un nombre inférieur de jours d'hospitalisation. Il peut en effet, pour les raisons énumérées à la section 4, être préférable pour l'Hôpital d'inscrire au programme de suivi intensif en équipe un certain nombre de personnes qui n'ont au départ qu'un faible nombre de jours d'hospitalisation.

Les calculs qui précèdent comportent plusieurs sources d'incertitude et doivent être interprétés avec prudence. On ne devrait pas s'attendre, à partir du Tableau 7.2, à pouvoir nécessairement réduire le budget de l'Hôpital si on y implante un programme de suivi. Les calculs indiquent cependant qu'un programme bien implanté, fidèle au modèle de suivi intensif en équipe et qui cible prioritairement les usagers ayant un nombre élevé de jours d'hospitalisation peut permettre la fermeture de plusieurs lits et ainsi au moins compenser son coût d'opération.

7.2 Impact projeté sur les coûts nets d'une équipe de suvi intensif sur le territoire de l'Hôpital général de Montréal

Le territoire de l'Hôpital général de Montréal compte environ 82 000 personnes. On pose la même hypothèse que pour l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, i. e. qu'on devrait fournir un suivi intensif en équipe à entre 1 et 2 personnes sur 1 000, soit environ entre 80 et 160 personnes. Il s'avère que cet hôpital a déjà mis en place une équipe de suivi intensif, qui dessert environ 65 personnes. L'expérience était cependant trop récente, au moment où nous avons entrepris cette étude, pour en évaluer les résultats. Nous avons donc projeté les effets d'un programme de suivi intensif en équipe pour cet Hôpital en utilisant la même méthode d'analyse que pour l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Le Tableau 7.3 montre les économies annuelles anticipées suite à l'implantation d'une équipe de suivi intensif sur le territoire de l'Hôpital général de Montréal (voir les données sur les coûts des services à l'Annexe B, Tableau B.3). Les économies sont proportionnellement plus importantes qu'à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine parce qu'un coût par jour en psychiatrie courte durée est estimé à 407 $ comparativement à 289 $ à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (ce qui reflète principalement des coûts indirects plus élevés à l'Hôpital général de Montréal).

Faisant le même raisonnement que pour l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, on peut supposer que le coût d'un jour d'hospitalisation a été surestimé de 20 %. Avec un coût unitaire net (tenant compte du coût d'hébergement à l'extérieur de l'hôpital) de 316 $, l'économie demeure supé-

Tableau 7.3 : Économies annuelles totales estimées suite à la prise en charge de personnes sur le territoire de l'Hôpital général de Montréal par un programme de suivi intensif en équipe

Réduction moyenne dans le nombre de jours d'hospitalisation	Nombre de personnes prises en charge par le programme de suivi intensif en équipe	Jours d'hospitalisation évités	Nombre de lits épargnés	Économie nette pour le système de santé et de services sociaux
20 %	80	1 800	5	46 000 $
20 %	160	2 400	7	(364 000 $)
50 %	80	4 400	12	1 104 000 $
50 %	160	5 900	16	1 071 000 $
80 %	80	7 100	19	2 163 000 $
80 %	160	9 500	26	2 505 000 $

rieure à un demi-million de $ par année, que 80 ou 160 usagers avec le maximum de jours d'hospitalisation antérieurs soient desservis en supposant que le programme évite 50 % des jours d'hospitalisation. En fait l'épargne doit diminuer à 219 $ par jour d'hospitalisation évité pour que les services à 160 usagers avec le plus de jours d'hospitalisation antérieurs cessent d'engendrer une économie nette; et à 148 $ si on ne dessert que les 80 usagers avec le plus de jours d'hospitalisation, toujours en supposant une réduction de 50 % dans les jours d'hospitalisation.

Encore une fois il convient d'être prudent à l'interprétation de ces résultats. Ils suggèrent cependant que, comme pour l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, un programme bien implanté qui cible prioritairement les usagers ayant un nombre élevé de jours d'hospitalisation peut permettre la fermeture de plusieurs lits et ainsi au moins compenser son coût d'opération.

7.3 Milieux relativement dépourvus en lits hospitaliers

L'Hôpital général de Montréal et l'Hôpital Louis-H. Lafontaine sont tous deux situés à Montréal, où le nombre de lits psychiatriques par habitant est relativement élevé. On pourrait penser que le suivi intensif en équipe pourrait ne pas générer d'économies pour un territoire relativement dépourvu en lits psychiatriques, car le nombre de personnes ayant beaucoup de jours d'hospitalisation pourrait être faible. Tel est le cas de l'Outaouais, qui ne compte que 0,3 lits par 1 000 habitants, déjà en deçà de la norme provinciale de 0,4 visée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le territoire de Hull et Grande-Rivière compte environ 100 000 habitants, dont environ 70 à 100 devraient être desservies par une équipe de type *ACT*. Plus de 85 % des hospitalisations psychiatriques obtenues par les résidents de Hull et Grande-Rivière se font au Centre hospitalier Pierre-Janet, et la grande majorité des hospitalisations à cet hôpital se font pour les résidents de ce territoire. Pour l'année 94-95, pourtant, on

Tableau 7.4 : Nombre moyen minimal de jours d'hospitalisation antérieurs pour que le coût d'une équipe de suivi intensif (estimé à 8 250 $ par an) soit compensé par une économie en termes de jours d'hospitalisation

	Pourcentage de réduction Dans les jours d'hospitalisation		
Épargne associée à un jour d'hospitalisation évité	30 %	50 %	70 %
250 $	110	66	47
300 $	92	55	39
350 $	79	47	34

comptait 58 personnes ayant au moins 135 jours d'hospitalisation au Centre hospitalier Pierre-Janet, et 98 personnes ayant plus de 95 jours d'hospitalisation. On voit donc que même pour ce territoire relativement peu pourvu en lits une équipe de type *ACT* peut engendrer des économies, conformément aux résultats rapportés au chapitre 5.

7.4 Modèle général pour les milieux urbanisés

Le Tableau 7.4 généralise à partir des exemples précédents et montre le nombre de jours d'hospitalisation moyen minimal requis pour que les coûts d'une équipe de suivi intensif soient plus que compensés par l'économie en fonction de la proportion de jours d'hospitalisation évitée ainsi que de l'économie associée à un jour d'hospitalisation évité. Le calcul qui sous-tend le tableau est indiqué à l'Annexe 3.

Soulignons que ce calcul est valable dans la mesure où les effets nets de l'équipe de suivi intensif sur les autres coûts sont à peu près nuls, comme la revue de la littérature et les données rapportées dans ce document le suggèrent.

Finalement, rien n'oblige à ce que l'on s'astreigne à ce que le coût net de l'équipe soit nul : étant donné les bénéfices en termes de qualité des soins et de satisfaction associés au suivi intensif en équipe, une augmentation nette des coûts peut être justifiée en autant que le ratio coût-efficacité demeure raisonnable.

7.5 Territoires ruraux

Le suivi intensif en équipe peut cependant ne pas engendrer d'économies si le bassin de population est trop faible ou la population trop dispersée. Considérons par exemple le Carrefour de la santé et des services sociaux de la Haute-Mauricie. Cet établissement hospitalier et communautaire, situé à La Tuque, dessert une population de 16 000 habitants. Les estimés rapportés à la section 6 indiquent qu'environ 11 à 16 personnes sur ce territoire devraient être desservies par un programme de suivi intensif en équipe. Ce nombre est évidemment beaucoup trop faible pour justifier un suivi de type *ACT*.

De plus, en 1994-95 seulement 20 personnes avaient plus de 30 jours d'hospitalisation en psychiatrie. Dans ce cas on pourrait prévoir un suivi moins spécialisé, à l'instar des Centres d'intégration communautaire de Shawinigan et Trois-Rivières.

8. IMPLICATIONS ADDITIONNELLES POUR L'ORGANISATION DES SERVICES

En publiant ce rapport, le *Conseil* est conscient des enjeux organisationnels qu'il soulève au Québec. En particulier, les rôles respectifs des hôpitaux, des CLSC et des organismes communautaires dans le développement du suivi intensif dans la communauté constituent un enjeu majeur.

Il revient aux Régies régionales de la santé et des services sociaux, à partir des orientations données par le Ministère, de prendre des initiatives et de décider de la répartition des ressources entre ces différents acteurs pour assurer le développement des services de suivi intensif dans leur région. L'avis du *Conseil* ne porte donc pas sur des questions de cet ordre.

Toutefois, le modèle de suivi intensif en équipe décrit dans ce rapport inclut un psychiatre et un personnel infirmier, correspondant au modèle de suivi intensif en équipe (*ACT*) «classique», tel que décrit dans des manuels récents [2, 101]. Il ne faudrait pas interpréter ce choix comme privilégiant le développement d'équipes de suivi communautaire à partir de milieux hospitaliers plutôt que communautaires. Plusieurs arguments peuvent être invoqués pour éclairer cette question.

D'une part, les études suggèrent indirectement qu'un modèle «haute fidélité» incluant un psychiatre et des infirmières tend à donner de meilleurs résultats que les adaptations de type «Bridge», dans lesquelles l'équipe ne comprend pas de psychiatre (section 3) [96]. De plus, la presque totalité des programmes de suivi intensif en équipe qui ont été évalués comprenaient, sinon un psychiatre, du moins du personnel infirmier. Le soutien actif à la prise de médicaments qui constitue un aspect important du modèle de suivi intensif en équipe est de beaucoup facilité si l'équipe regroupe au moins du personnel infirmier.

D'autre part, cependant, la littérature ne compte aucune comparaison directe d'un programme issu d'un milieu communautaire avec un programme issu de milieu hospitalier. De plus, on peut imaginer qu'une équipe qui ne compte pas de personnel infirmier puisse néanmoins développer un certain niveau de connaissances sur la médication et des relations étroites avec des professionnels de la santé, qui lui permettent de compenser au moins en partie pour ce manque. En outre, la culture engagée des organismes communautaires peut faciliter le maintien à long terme d'un mode d'intervention relativement exigeant (Gary Bond, communication personnelle, août 1998). Il est évident aussi que l'expérience et la qualité des intervenants d'une équipe compteront pour beaucoup dans son succès. La présence de ressources partenaires de grande qualité, avec lesquelles un excellent personnel de suivi intensif organisé autrement que selon le modèle de suivi intensif en équipe peut agir en partenariat, semble aussi réduire l'avantage d'efficacité du modèle [41].

Considérant tous ces arguments dans leur ensemble, il semble néanmoins préférable pour un organisme communautaire qui désire faire du suivi intensif en équipe de se doter de personnel infirmier. Dans le contexte québécois actuel, où il existe une pénurie d'infirmières et où celles-ci bénéficient d'une convention collective qui leur assure un salaire de beaucoup supérieur à ceux que peuvent offrir les organismes communautaires, cela peut poser certaines difficultés.

La possibilité existe alors de constituer des équipes de suivi intensif à partir d'une combinaison de personnel institutionnel et de personnel d'organismes communautaires, comme cela a été fait dans la région de la Côte-Nord (le Dr James Farquhar de l'Hôpital Douglas est maintenant connu au Québec pour ses arguments en faveur de ce concept). Dans un tel cas, une bonification des salaires d'intervenants communautaires peut aplanir les difficultés qui autrement pourraient survenir.

9. POUR FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT ET LA DIFFUSION DE PROGRAMMES BASÉS SUR LE MODÈLE DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE

Les sections précédentes ont fait ressortir les avantages cliniques du suivi intensif en équipe, son efficience et sa capacité d'adaptation au réseau québécois. Nous en dégageons deux conclusions générales quant à l'orientation que le système de santé mentale québécois devrait prendre par rapport au modèle de suivi intensif en équipe. D'une part, il serait bénéfique d'augmenter le nombre de programmes de suivi intensif en équipe au Québec. D'autre part, il serait approprié que l'on s'interroge sur les meilleures façons d'adapter et d'améliorer le modèle pour qu'il donne les meilleurs résultats possibles dans le réseau québécois.

On peut s'attendre à ce que la diffusion du suivi intensif en équipe soit difficile, car ce mode d'organisation des services affecte profondément l'environnement de travail ainsi que la nature des relations entre les personnes. L'expérience d'autres juridictions indique que, dans la pratique, les programmes de suivi intensif en équipe tendent à glisser vers des variantes que la littérature en évaluation indique comme étant moins efficaces, par exemple, une prépondérance d'interventions dans les bureaux des intervenants ou un suivi individuel plutôt qu'en équipe. Comme l'a laissé entrevoir le chapitre 2, le suivi intensif en équipe est un modèle d'intervention biopsychosiale complexe. Il n'atteindra son niveau de fonctionnement optimal qu'au prix d'un effort collectif soutenu de la part des membres de l'équipe.

Nous avons donc jugé utile de recueillir et d'analyser des informations obtenues à la fois de la littérature et d'experts dans d'autres juridictions afin de préciser des mesures qui pourraient favoriser la diffusion du modèle. Ainsi, nous sommes d'avis que l'insertion du modèle de suivi intensif en équipe dans le réseau de santé mentale québécois pourrait se faire de façon plus rapide et plus efficace si on recourait aux mesures suivantes :

- émission de lignes directrices décrivant la nature et les principes du modèle de suivi intensif en équipe, ainsi que la population cible;
- utilisation d'incitatifs financiers à l'établissement de nouveaux programmes qui soient le plus conformes possible au modèle de suivi intensif en équipe et qui visent surtout les personnes qui tendent à être fréquemment réhospitalisées;
- préférence aux programmes qui peuvent démontrer leur capacité de collaboration étroite avec le personnel hospitalier;
- recours à des consultants cliniques pour donner un soutien technique aux équipes de suivi intensif;
- évaluation régulière des programmes;
- financement accru de la recherche sur les services de suivi en équipe.

Chacune de ces six mesures se doit d'être expliquée.

9.1. ÉMISSION DE LIGNES DIRECTRICES DÉCRIVANT LA NATURE ET LES PRINCIPES DU MODÈLE DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE AINSI QUE LA POPULATION CIBLE

En juillet 1997, le gouvernement de l'Ontario a annoncé une politique de promotion du modèle de suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves. L'annonce de cette politique était accompagnée de la publication de lignes directrices décrivant en détail les principes et le fonctionnement du suivi intensif en équipe [89]. Plusieurs États américains ont aussi émis des documents décrivant les caracté-

ristiques des programmes de suivi intensif en équipe qu'ils désirent financer. La liste de l'État du Rhode Island est reconnue comme la plus complète et des efforts sont en cours pour produire une liste standard que n'importe quel État pourrait utiliser [75].

La publication de lignes directrices écrites pour un auditoire québécois est importante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, on a besoin, sur le terrain, d'un énoncé clair et formel sur la nature de ce modèle que l'on cherche à faire adopter : principes, mode de fonctionnement, clientèle-cible et raisons pour lesquelles on encourage sa diffusion. Il est difficile d'obtenir une telle vue synthétique à l'heure actuelle, car la littérature disponible sur le modèle de suivi intensif en équipe est assez complexe. Le fait qu'elle soit presque uniquement en anglais ajoute une difficulté supplémentaire pour beaucoup d'intervenants québécois.

De plus, les lignes directrices devraient refléter non seulement les enseignements de la littérature scientifique, mais aussi donner des indications très concrètes quant aux meilleures façons d'insérer le modèle de suivi intensif en équipe dans divers types de contextes québécois.

Il est préférable, pour éviter un dédoublement des travaux, que ces lignes directrices émanent en premier lieu du ministère de la Santé et des Services sociaux plutôt que des Régies régionales. Il reviendra alors à ces Régies de les adapter au besoin et de les mettre en œuvre dans leurs régions respectives.

9.2. Utilisation d'incitatifs financiers

Afin de stimuler davantage la mise sur pied de services qui se conforment au modèle de suivi intensif en équipe, le *Conseil* est d'avis que les autorités responsables pourraient envisager le recours à des incitatifs financiers. De tels incitatifs pourraient à la fois augmenter le rythme de développement de programmes de suivi intensif en équipe et augmenter leur conformité au modèle.

Le processus d'allocation budgétaire au Québec facilite la mise en œuvre de tels incitatifs puisque la grande majorité du financement des services (services de santé et sociaux) à la population ciblée par le modèle de suivi intensif en équipe passe par les Régies régionales. Au moins deux approches peuvent être envisagées.

La première approche consiste à menacer les prestataires de services pertinents de coupures de fonds s'ils ne mettent pas sur pied des programmes de suivi intensif en équipe. L'Ontario a utilisé cette approche, mais avec beaucoup de flexibilité. Dans la pratique, en effet, les budgets ont rarement été coupés et le ministère de la Santé de cette province accepte souvent des programmes qui s'écartent sensiblement du modèle de suivi intensif en équipe tant qu'ils semblent marquer un pas dans la bonne direction (selon une communication personnelle par D. Sprague, ministère de la Santé de l'Ontario, 1997).

Une seconde approche consisterait à mettre à la disposition des prestataires de services pour un secteur donné un budget récurrent pour financer le fonctionnement d'un programme de suivi intensif en équipe. Ceci peut se faire d'au moins deux façons différentes. D'abord, on peut (comme c'est souvent le cas aux États-Unis) lancer un appel d'offres et accorder le budget au soumissionnaire qui semble capable d'offrir les services de la meilleure qualité, compte tenu du montant disponible. Alternativement, on peut identifier sur les territoires un ou des prestataires

potentiels et travailler avec eux pour favoriser le développement d'un programme adéquat. Cette seconde façon de faire est sans doute plus compatible avec les pratiques québécoises et canadiennes habituelles.

Si on offre un budget récurrent, il faut en même temps anticiper des réductions substantielles dans les jours d'hospitalisation. Dans l'État du Michigan, où il existe maintenant plus de 100 (petites) équipes de suivi intensif en équipe pour une population d'environ 10 millions, on accorde un financement de transition d'un an à un nouveau programme, après quoi on s'attend à ce que les économies réalisées sur le plan des hospitalisations suffisent à financer le programme de suivi intensif en équipe.[34] On pourrait donc envisager la formation d'un fonds de roulement, qui servirait à financer chaque année le démarrage de cinq ou six nouveaux programmes, après quoi le renouvellement du financement de ces programmes serait réalisé à partir des réductions dans les budgets des hôpitaux affectés par les nouveaux programmes.

9.3. Préférence aux programmes qui peuvent démontrer leur capacité de collaboration étroite avec le personnel hospitalier

Le taux de lits psychiatriques par population est plus élevé au Québec que dans le reste du Canada et il s'associe à des durées de séjour particulièrement longues soit environ 25 jours en moyenne dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés en 1996-1997 (voir [115], tableau 7.2]). Pour réduire les jours d'hospitalisation de façon substantielle, il est donc souhaitable que l'équipe de suivi intensif puisse influencer tant la durée de séjour que la décision d'hospitaliser. L'équipe de suivi intensif devrait donc entretenir des relations de confiance avec le personnel de l'hôpital, de façon à participer aux plans de congé des patients et ainsi accélérer leur retour à la communauté. Pour un organisme communautaire, de telles relations ne s'établissent souvent qu'avec difficulté et elles exigent aussi la participation effective du personnel hospitalier. Des incitatifs financiers pourraient être envisagés pour favoriser de telles collaborations entre organismes communautaires et milieux hospitaliers.

9.4. Recours à des consultants cliniques pour donner un soutien technique aux équipes de suivi intensif

Le démarrage d'une équipe de suivi intensif n'est pas chose facile. Beaucoup de questions d'ordre clinique et organisationnel se posent : que faire dans telles et telles circonstances ? Comment coordonner le travail entre les différents membres de l'équipe ? Comment fonctionne la rencontre d'équipe quotidienne ? Une expérience à l'interne dans un hôpital ou même de suivi dans la communauté selon un modèle autre que le suivi intensif en équipe, ne permet pas de répondre de façon adéquate à toutes ces questions. De plus, et c'est moins évident, l'expérience démontre qu'une formation initiale ne suffit pas non plus puisque de nouvelles difficultés surgissent en cours de route. Il faut donc prévoir un mécanisme de soutien technique pour les nouvelles équipes de suivi intensif.

Ce soutien technique devrait préférablement être indépendant du processus d'évaluation des équipes de suivi intensif, de façon à ce que les équipes de suivi intensif perçoivent les agents de soutien technique comme des alliés et n'hésitent pas à chercher de l'aide et à révéler leurs difficultés. Il y aurait probablement intérêt à ce que ce soutien soit centralisé au niveau provincial ou au moins partagé entre plusieurs Régies à la fois, étant donné que l'expertise nécessaire est rare et que l'on ne peut s'attendre à la trouver dans toutes les régions.
On pourrait aussi envisager la reconnaissance d'équipes de suivi intensif particulières comme

[34] Catherine Ferguson, Michigan Department of Community Health, communication personnelle, octobre 1997.

modèles et sites de formation. Ces équipes pourraient recevoir une subvention spéciale du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette subvention serait utilisée à deux fins : d'une part, elle leur permettrait de maintenir leur niveau d'expertise à un niveau élevé au moyen de contacts réguliers avec des programmes de pointe à l'intérieur et à l'extérieur du Québec ; d'autre part, elle financerait des activités de formation (initiale et continue) et des stages pour des intervenants venus d'ailleurs. De telles équipes pourraient être identifiées au moyen d'un processus d'appel d'offres : des équipes intéressées à assumer ce rôle soumettraient un dossier faisant état de leur adhésion au modèle de suivi intensif en équipe, de leur capacité à rester à la pointe des développements et de leur capacité à assurer une formation de qualité.

Une autre façon, à la fois simple et peu coûteuse, de faciliter ce support technique serait d'assurer la traduction et distribution à un prix modéré des deux manuels parus récemment et longuement attendus, qui ont été cités à maintes reprises dans ce rapport : celui de la *National Alliance for the Mentally Ill* [2], et celui de Stein et Santos [101]. Le premier document, plus long, donne la plupart des indications nécessaires pour faire démarrer et fonctionner une équipe de suivi intensif « haute fidélité », calquée sur le programme de Madison. Le second livre fournit plus d'informations d'ordre conceptuel et une perspective plus large sur les différentes façons d'implanter un programme de suivi intensif en équipe et sur son insertion dans un système de soins. Ces deux livres sont complémentaires et ensemble ils rassemblent, de façon claire et organisée, un grand nombre d'informations qui seront d'une grande utilité à tous ceux qui sont impliqués, de près ou de loin, dans le suivi intensif en équipe.

9.5. Besoin d'évaluer régulièrement les programmes de suivi intensif en équipe

Quel que soit le mécanisme incitatif utilisé, il semble nécessaire que les programmes mis sur pied soient évalués fréquemment : au début, cette fréquence devrait être annuelle. Au Rhode Island, on utilise un mécanisme d'évaluation en deux phases : l'équipe complète et retourne d'abord un questionnaire. Après que l'évaluateur de l'État a examiné les réponses, il se présente à une date convenue aux bureaux de l'équipe et passe deux jours à recueillir des informations très précises sur le fonctionnement de l'équipe[35]. Ainsi il est possible d'identifier d'une part les programmes modèles et d'en tirer des leçons utiles à d'autres, et d'autre part les programmes dont le fonctionnement a besoin de correctifs et dont les difficultés peuvent aussi dans certains cas être sources d'enseignement.

9.6 Financement accru de la recherche sur les services de suivi

Malgré les acquis de la recherche internationale en évaluation sur le suivi intensif en équipe, de nombreuses questions demeurent : comment le soutien aux parents peut-il être amélioré ? Vaut-il mieux que les usagers stabilisés qui le désirent continuent de recevoir des services de leur équipe de suivi intensif, mais à intensité moindre ou est-il plutôt préférable qu'ils s'en détachent et reçoivent d'autres types de services ? Quelle est la meilleure façon d'adapter le suivi intensif en équipe au milieu rural ? Ces questions et plusieurs autres trouvent des éléments de réponse dans des évaluations conduites ailleurs. Cependant, il y aurait tout intérêt à ce que le nombre et la qualité des évaluations réalisées au Québec augmentent, et ce, pour au moins trois raisons.

[35] Gloria Mazza, Rhode Island Department of Mental Health, communication personnelle, février 1998

Premièrement, les conditions organisationnelles (par exemple, présence de CLSC ou restrictions imposées par les conventions collectives), les coûts relatifs et les sensibilités culturelles sont souvent différentes au Québec qu'ailleurs. Ce qui s'est avéré efficace et efficient ailleurs peut fonctionner moins bien ici ; et d'un autre côté des innovations québécoises (e.g., les Centres d'intégration communautaire) pourraient s'avérer fort intéressantes même après un examen rigoureux et mériter d'être imitées. On ne peut donc s'appuyer uniquement sur les évaluations menées ailleurs. Deuxièmement, la recherche évaluative peut déboucher directement sur des changements dans l'organisation des services, qui augmenteront leur qualité, leur efficacité clinique et leur efficience. Finalement, il est plausible qu'une plus grande activité d'expérimentation et d'évaluation ait aussi une influence positive indirecte sur les pourvoyeurs de services eux-mêmes, encourageant une attitude d'auto-questionnement, d'amélioration continue de la qualité et de réflexion créatrice.

10. CONCLUSIONS

Nous pouvons résumer brièvement les conclusions de ce rapport de la façon suivante :

- Le suivi intensif en équipe dans la communauté est un modèle bien défini de prise en charge des personnes aux prises avec certains types de problèmes mentaux graves, se traduisant le plus souvent par des troubles psychotiques, une mauvaise réponse aux services habituels et des hospitalisations répétées. Ce modèle a été évalué plus d'une trentaine de fois au moyen de devis de recherche randomisés et contrôlés, de type avant-après ou quasi expérimentaux, dans plusieurs pays.
- La littérature scientifique indique que le suivi intensif en équipe assure aux personnes ciblées des services cliniquement supérieurs à la prise en charge traditionnelle par clinique externe et qu'il augmente leur satisfaction de même que celle de leurs parents, à l'égard des services reçus.
- La littérature scientifique indique aussi que le suivi intensif en équipe permet une réduction substantielle des jours d'hospitalisation, compatible avec la fermeture massive de lits psychiatriques en cours au Québec.
- De plus, la littérature fait ressortir l'adaptabilité du modèle de suivi intensif en équipe à des contextes variés ainsi que les améliorations qui continuent d'y être apportées grâce aux données de la recherche.
- Il existe déjà au Québec plusieurs programmes inspirés du modèle de suivi intensif en équipe. La plupart de ces programmes ont été organisés par des organismes communautaires, certains par des CLSC, d'autres par des hôpitaux. Deux programmes issus de milieux hospitaliers ont été évalués dans le cadre de cette étude. Tous deux peuvent être considérés comme des adaptations du modèle de suivi intensif en équipe. Bien que leurs effets cliniques n'aient pas encore été évalués de façon rigoureuse, leurs usagers expriment un haut taux de satisfaction à l'égard des services reçus. De plus, ces programmes semblent avoir contribué à réduire les hospitalisations de façon substantielle. Nous en concluons que le modèle peut être adapté avec succès au réseau de la santé et des services sociaux du Québec.
- Certaines personnes au Québec expriment la crainte que le suivi intensif en équipe ne soit excessivement coercitif à l'égard des usagers. Cette crainte n'est pas sans fondement, étant donné le potentiel d'implication concertée de plusieurs intervenants dans presque tous les aspects de la vie des usagers. Cependant, une relation coercitive sera souvent mal acceptée par l'usager. De plus, le suivi intensif en équipe, justement parce qu'il est tellement efficace, permet d'obtenir des résultats cliniquement importants sans que l'on ait à user de menaces ou de conditions, explicites ou voilées. Le suivi intensif en équipe permet d'allier la technique du monde médical et professionnel à une philosophie de suivi communautaire attentive aux droits et aux préférences de l'usager, quoique certains risques demeurent.
- S'il est vrai qu'une équipe de suivi intensif cherche à fournir le maximum de services directement, elle réfère souvent l'usager à des groupes d'entraide ou à des organismes orientés vers les loisirs. Le suivi intensif en équipe ne cherche nullement à circonscrire l'univers social de l'usager mais au contraire à renforcer son intégration à la communauté.
- Le suivi intensif en équipe ne s'adresse qu'à entre 0,7 et 1 personne sur 1 000, soit seulement 7 à 10% du 1% de la population atteinte des troubles mentaux les plus graves. À l'échelle du Québec cela représente environ 5

000 à 7 000 usagers, qui seraient suivis par un nombre d'intervenants variant entre 500 et 700 -- sans compter environ 1 300 à 1 800 autres intervenants qui assureraient un suivi moins intensif.

- Le suivi intensif en équipe requiert des intervenants et des psychiatres l'adoption de nouveaux rôles professionnels.
- Bien implanté sur un territoire où le bassin de population est suffisant, le suivi intensif en équipe réduit les coûts pour le système de santé et de services sociaux.
- Les connaissances acquises jusqu'à maintenant ne permettent pas de trancher la question de la base d'intervention, c'est-à-dire si les équipes de suivi intensif devraient être basées en milieu hospitalier, en CLSC ou en milieu communautaire, en autant que les principes et les modalités du modèle soient respectées aussi fidèlement que possible.
- Un ensemble de mesures a besoin d'être mis en place pour que le suivi intensif en équipe soit adopté et mis en œuvre de façon appropriée : c'est-à-dire, qu'il soit disponible pour ceux qui pourraient en bénéficier, que les programmes de suivi tiennent compte des résultats de la recherche jusqu'à maintenant, et que le modèle soit étudié sur le terrain de façon systématique pour qu'on puisse encore augmenter l'efficacité et la pertinence du modèle dans le contexte québécois. Ces mesures incluent l'établissement de lignes directrices claires, le recours à des incitatifs financiers pour stimuler l'établissement de nouveaux programmes, la formation et le soutien technique ainsi que l'évaluation des programmes et le soutien à la recherche.

Le *Conseil* estime donc que ce modèle mérite d'être adopté à plus grande échelle, de façon aussi fidèle que possible. À cette fin, il suggère de mettre en place un cadre incitatif et de soutien favorable et de déployer plus d'efforts au niveau de la recherche et de l'évaluation. Ces efforts permettront de vérifier l'efficacité des programmes en place, d'apporter les correctifs appropriés et d'optimiser les adaptations du modèle au contexte québécois.

ANNEXE A :
MÉTHODES DE CALCUL DES COÛTS UNITAIRES

ANNEXE A : MÉTHODES DE CALCUL DES COÛTS UNITAIRES

Cette annexe décrit, de façon sommaire, les méthodes employées pour le calcul des coûts unitaires des différents services hospitaliers en santé mentale utilisés dans cette étude, tels que le coût d'un jour présence dans un lit psychiatrique, le coût par unité de service en clinique externe et le coût d'une visite à l'urgence, au centre de jour ou à l'hôpital de jour. Dans le cas de certains hôpitaux, nous avons aussi mesuré des coûts unitaires pour des services d'intervention communautaire.

Nous avons utilisé le coût moyen comme mesure du coût unitaire. Pour ce faire, nous avons utilisé au départ les rapports financiers (formulaire AS-471), que tous les hôpitaux québécois doivent préparer selon des normes établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les rapports AS-471 répartissent les coûts par centres d'activité. Ceux-ci peuvent être divisés en deux groupes : les centres d'activité de support (e. g., administration générale, buanderie et lingerie), et les centres d'activité clinique (e. g., soins psychiatriques de courte durée, clinique externe). En divisant le coût d'un centre d'activité clinique par le nombre d'unités mesurées (dans les rapports d'activité AS-478) on obtient aisément une composante du coût moyen, souvent appelée le coût direct.

Deux difficultés se présentent alors. Premièrement, comment répartir les coûts des centres d'activité de support entre les différents centres d'activité clinique ? Et deuxièmement, que faire lorsque l'on cherche à obtenir des coûts unitaires pour les services de clinique externe, si l'on distingue entre les visites à des infirmières, à des travailleurs sociaux, etc. ? Les rapports AS-478 ne donnent que le compte total, soit des visites, soit (depuis deux ans) des usagers.

Quatre méthodes générales peuvent être employées pour répartir les coûts des centres d'activité de support : l'allocation directe, la méthode «step-down», la méthode itérative, et la méthode par équations simultanées [45]. Ces quatre méthodes représentent des façons progressivement plus sophistiquées de tenir compte des interdépendances qui existent parmi les centres d'activité de support. Par exemple, les coûts de l'administration générale proviennent non seulement des centres d'activité clinique, mais aussi des autres centres d'activité de support. En revanche, les coûts de la buanderie et de la lingerie sont essentiellement indépendants de ceux de l'administration générale. Ceux de l'entretien ménager, par contre, sont en partie influencés par la superficie des bureaux occupés par l'administration générale. La méthode d'allocation directe, la plus souvent utilisée dans le calcul des coûts des établissements hospitaliers au Québec, ignore ces interdépendances [4].

La méthode «step-down» en tient compte en partie, sans toutefois permettre d'influences allant dans les deux sens (ainsi qu'avec l'administration générale et l'entretien ménager). Ainsi, cette méthode attribue une partie des coûts de centres d'activité de support généraux, comme l'administration générale, à d'autres centres d'activité de support, tels que l'entretien ménager, avant de distribuer les coûts de centres comme l'alimentation à des centres d'activité clinique, tels que les soins aigus. La méthode exige donc que l'on représente l'influence dans un sens seulement: en général, le sens pour lequel le coût attribué est le plus élevé. C'est la méthode que les hôpitaux américains utilisent pour la préparation des « *Medicare Cost Reports* » qu'ils doivent soumettre au gouvernement fédéral. Les deux autres méthodes permettent de tenir compte des relations bidirectionnelles. Elles sont plus difficiles à appliquer, cependant, et nous avons jugé que le gain de précision que nous aurions pu obtenir en y ayant recours ne

justifiait pas l'effort additionnel considérable qui aurait été nécessaire [45].

Le calcul de coûts unitaires pour les visites en clinique externe, par type de professionnel, a requis l'obtention d'informations de responsables de centres d'activités et de responsables des finances aux établissements concernés. Nous n'avons pas toujours réussi à obtenir la finesse d'information nécessaire. Dans certains cas, nous avons utilisé des clefs de répartition proposées par l'Association des Hôpitaux du Québec [4]. Ces clefs sont généralement basées sur des analyses de régression et reflètent donc une répartition appropriée dans le cas «moyen». Lorsque même celles-ci n'étaient pas suffisamment détaillées, nous avons dû poser des hypothèses.

Nous n'avons pas estimé le coût d'opportunité des bâtiments et du terrain, c'est-à-dire, la valeur de ceux-ci dans leur utilisation *alternative* qui aurait la plus grande valeur économique [86]. La fermeture d'un certain nombre de lits psychiatriques dans l'un des établissements concernés n'aurait vraisemblablement pas pour effet de permettre la vente d'une partie du bâtiment ou du terrain, ou son usage à une autre fin[36].

Il faut noter aussi que nous avons exclu les coûts associés au traitement de maladies physiques. Notre raisonnement était que les coûts de traitement *pour conditions physiques* devraient être sensiblement les mêmes, que la prise en charge se fasse par une équipe ACT ou par une clinique externe avec hospitalisations psychiatriques plus fréquentes[37].

Nous avons inclus les coûts des services médicaux facturés à la Régie d'assurance-maladie (RAMQ) du Québec et qui diffèrent selon le mode de prise en charge de la personne.

Finalement, nous avons utilisé les rapports de 1995-96, les plus récents disponibles au moment où nous avons entrepris l'analyse. Les coûts indiqués dans le rapport sont donc en dollars de 1995-96.

---

[36] On touche ici un débat encore non résolu, à savoir s'il est approprié d'utiliser le coût moyen ou le coût marginal. Au chapitre 7, on a tenu compte de ce questionnement en réduisant le coût moyen par jour d'hospitalisation de 20 %, dans une analyse de sensibilité très simple (à la suggestion de Lee Soderstrom, Ph.D., du Département d'économie de l'Université McGill, Montréal). On peut dire qu'on en tient compte également en n'incluant pas de coût d'opportunité des bâtiments et du terrain. Il faut noter que la littérature suggère que ce coût d'opportunité représenterait vraisemblablement 5 à 10 % du coût total.

[37] L'étude de Knapp et al. [60] a noté une utilisation moindre des médecins de famille en association avec le traitement ACT -- le suivi médical plus étroit offert par l'équipe ACT pourrait amener à des coûts moindres à long terme. Sans estimé fiable de la grandeur d'un tel effet, nous avons préféré ne pas en tenir compte.

ANNEXE B :
TABLEAUX SUPPLÉMENTAIRES

Tableau B.1 : Coûts moyens annualisé (S) des ressources de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine utilisées par les patients hospitalisés le 23 octobre 1996

	Coût unitaire	Coût annualisé moyen des services dispensés*				
		1-30 jours (n=35)	31-45 jours (n=12)	46-90 jours (n=16)	91-183 jours (n=117)	184 jours (n=6)
Hospitalisations à Louis-H. Lafontaine (jours)						
Unité d'intervention brève	288	197	0	0	17	0
Psychiatrie courte durée	289	5 077	21 002	24 927	62 950	70 739
Psychogériatrie courte durée	268	1 446	0	10 807	15 514	26 481
Pavillon	82	0	0	0	1 232	1 947
Total hospitalisations		*6 720*	*21 002*	*35 724*	*79 713*	*99 167*
Utilisation de la clinique externe (visites)						
Psychiatre	105	400	446	693	160	0
Omnipraticien	78	22	0	9	9	0
Psychologue	140	121	356	0	0	0
Travailleur social	140	40	187	157	17	0
Infirmière	140	199	168	210	212	0
Conseiller d'orientation	140	0	392	0	0	0
Ergothérapeute	140	8	36	123	17	0
Total clinique externe		*790*	*1 585*	*1 192*	*415*	*0*
Urgence (visites)	*270*	*789*	*757*	*772*	*572*	*270*
Coût total		**8 299**	**23 344**	**37 688**	**80 700**	**99 437**

Note :

* Les données sont regroupées selon le nombre de jours d'hospitalisation des patients au cours d'une période de 6 mois en 1996. Il faut noter que les nombres de patients dans chaque groupe indiqués au tableau reflètent l'importance relative des différents groupes à cette date, mais non leur importance relative au cours d'une année. (Les patients dont les séjours sont plus courts sont sous-représentés dans un tel échantillon.)

Tableau B.2 : Coûts unitaires de différents types d'hébergement utilisés sur une période de 6 mois par les patients hospitalisés à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine le 23 octobre 1997, et pourcentage approximatif des nuits passées dans le type d'hébergement pour les personnes ayant moins de 45 jours d'hopitalisation par an

Type d'hébergement	Pourcentage des nuits	Coût par nuit
Appartements supervisés	3,0 %	7 $
Résidence de type familial	1,7 %	17 $
Maison de transition	0,0 %	120 $
Foyer de groupe	3,1 %	120 $
CHSLD	0,0 %	113 $**
Résidence pour personnes âgées	3,0 %	91 $

* Les autres types d'hébergement recensés pour cet échantillon, et pour lesquels nous n'avons pas calculé de coûts unitaires, sont: résidence personnelle; résidence chez un proche; abri pour itinérants; hôpital général; et itinérance. Ceux-ci représentent respectivement 80,1%, 7,6%, 0%, 0,1% et 1,4% des nuits dans cet échantillon.

** Ce coût unitaire est réduit d'environ 18 $ par nuit pour tenir compte du fait que la personne hébergée en Centre d'hébergement et de soins de longue durée ne touche que 145 $ par mois en prestations de la sécurité du revenu.

Tableau B.3 : Coûts annuels estimés ($) de l'utilisation des ressources du Département de psychiatrie de l'Hôpital général de Montréal, pour un échantillon aléatoire stratifié de 25 patients*

	Coût unitaire	Coût moyen des services dispensés (patients regroupés selon le nombre et la durée de leurs hospitalisations en 1996)		
		Une hospitalisation de 45 jours ou moins (n=9)	Une hospitalisation de plus de 45 jours** (n=6)	Deux hospitalisations ou plus (n=10)
Hospitalisations (jours)	407	6 500	34 350	45 210
Urgence (visites)	430	563	563	1 695
Clinique externe (visites)				
Psychiatre	106	117	141	616
Omnipraticien	80	0	0	0
Infirmière	65	0	247	38
Technicien en travail social	178	8	93	35
Ergothérapeute	77	8	0	46
Autre***	97	0	0	62
Coût total de clinique externe		*133*	*481*	*797*
Centre de jour (jours)	74	0	908	1 156
Coût total		**7 296**	**36 302**	**48 858**

Notes:

* Ces données reflètent l'utilisation de services en l'absence de suivi intensif.

** Les patients ayant été hospitalisés tout au long de l'année (5 sur 387) n'ont pas été échantillonnés.

*** Cette catégorie regroupe des visites à un ou plusieurs professionnels dont nous n'avons pas pu déterminer la nature. Nous avons alors utilisé comme coût unitaire la moyenne des coûts unitaires des infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux et ergothérapeutes, pondérée par les fréquences relatives des visites à ces professionnels.

ANNEXE C :
MÉTHODE DE CALCUL POUR LE TABLEAU 7.4

ANNEXE C. MÉTHODE DE CALCUL POUR LE TABLEAU 7.4

On peut généraliser les exemples donnés aux sections 7.1 et 7.2 au moyen d'une simple équation:

Coût net par usager = $\{(N \times p) \times C_J\} - C_{ACT}$

N : représente le nombre moyen de jours d'hospitalisation antérieurs par an des usagers desservis par un programme de suivi intensif en équipe,

p : la proportion des jours d'hospitalisation que le programme de suivi intensif en équipe parvient à prévenir (i.e., l'efficacité du programme en termes de réduction des jours d'hospitalisation),

C_J : le coût supposé épargné pour chaque jour d'hospitalisation prévenu,

C_{ACT} : le coût par jour d'un programme de suivi intensif en équipe.

Cette équation implique que le nombre moyen minimal de jours d'hospitalisation (NMMJH) antérieurs que les usagers desservis doivent avoir pour que le coût net d'un programme de suivi intensif en équipe pour le système de santé soit zéro est:

$NMMJH = C_{ACT} / (p \times C_J)$

Cette équation implique que, si on suppose qu'une équipe de suivi intensif coûte 8 250 $ par usager par an, qu'un jour d'hospitalisation épargné permet de réduire les dépenses (tenant compte des services professionnels médicaux et du coût de l'hébergement de remplacement à l'extérieur) de 350 $ par jour, et que l'équipe de suivi intensif réduit les jours d'hospitalisation de 50 %, il suffit que les usagers desservis aient en moyenne au moins 47 jours d'hospitalisation antérieurs pour que le coût net du programme soit nul. Le Tableau 7.4 montre comment ce nombre de jours d'hospitalisation moyen minimal varie selon les valeurs de p et de C_J, en supposant un coût par usager par an du suivi intensif de 8 250 $.

RÉFÉRENCES

1. Åsberg-Wistedt A, Cressell T, et al. Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 1995; 46(12): 1263-6.

2. Allness D, Knoedler WH. The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illnesses: a manual for PACT start-up. Arlington, VA: The National Alliance for the Mentally ill; 1998.

3. Arana JD, Hastings B, Herron E. Continuous care teams in intensive outpatient treatment of chronic mentally ill patients. Hosp Community Psychiatry 1991;42(5): 503-7.

4. Association des Hôpitaux du Québec (AHQ). Modèle de répartition des coûts et de la production des centres d'activités selon le programme clientèle et le mode de prise en charge. Montréal: AHQ, 1995.

5. Beard J, Propst R, et al. The fountain house model of psychiatric rehabilitation. Psychosocial Rehabil J 1982; 5(1):47-53.

6. Becker D, Drake R. Individual placement and support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. Community Ment Health J 1994;30(2):193-206.

7. Bond GR. An economic analysis of psychosocial rehabilitation. Hosp Community Psychiatry 1984;35(4):356-62.

8. Bond GR. Assertive community treatment of the severely mentally ill: recent research findings. Dans : Strengthening the scientific base of social work education for services to the long-term seriously mentally ill. Richmond, VA: Virginia Commonwealth University, 1989.

9. Bond GR, Dietzen LL, et al. Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. Rehabil Psychol 1995:40(2):75-94.

10. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Becker DR. An update on supported employment for people with severe mental illness. Psychiatr Serv 1997;48(3):335-46.

11. Bond GR, McDonel R, et al. Assertive community treatment and reference groups: an evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. Psychosocial Rehabil J 1991;15(2):31-43.

12. Bond GR, McGrew JH, et al. Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: a meta-analysis. J Ment Health Adm 1995;22(1):4-16.

13. Bond GR, Miller LD, Krumvied RD, Ward RS. Assertive case management in three CMHCs: a controlled study. Hosp Community Psychiatry 1988; 39(4): 411-8.

14. Bond GR, Pensec M, et al. Intensive case management for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a comparison of team and individual caseloads. Psychosocial Rehabil J 1991 15(1):90-97.

15. Bond GR, Witheridge TF, Dincin J, Wasmer D, Wedd J, De Graaf-Kaser R. Assertive community treatment for tre-

quent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study. Am J Community Psychol 1990;18(6):865-91.

16. Bond GR, Witheridge TF, Setze PJ, Dincin J. Preventing rehospitalizations of clients in a psychosocial rehabilitation agency. Hosp Community Psychiatry 1985;36(9):993-5.

17. Borland A, McRae J, Lycan C. Outcomes of five years of continuous intensive case management. Hosp Community Psychiatry 1989;40(4):369-76.

18. Boudreau F. Partnership as a new strategy in mental health policy: the case of Québec. J Health Polit Policy Law 1991;16(2):307-29.

19. Boyer SL, Bond GR. Does assertive community treatment reduce burnout? A comparison with traditional case management. Ment Health Sh Res (soumis pour publication).

20. Boyer SL, Bond GR. A comparison of assertive community treatment and traditional case management on burnout and job satisfaction. Outlook (Publication of National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute, Inc.) 1992; July-August-September: 13-5.

21. Burns BJ, Santos AB. Assertive community treatment: an update of randomized trials. Psychiatr Serv 1995;46(7):669-75.

22. Bush CT, Langford MW, Rosen P, Gott W. Operation outreach: intensive case management for severely psychiatrically disabled adults. Hosp Community Psychiatry 1990;41(6):647-9.

23. Cella EP, Besancon V, et al. Expanding the role of clubhouses: guidelines for establishing a system of integrated day services. Psychiatr Rehabil J 1997 21(1):10-5.

24. Chandler D, Hu TW, Meisel J, Mcgowen M, Madison K. Mental health costs, other public costs, and family burden among mental health clients in capitated integrated service agencies. J Ment Health Adm 1997 24(2):178-88.

25. Chandler D, Meisel J, Hu TW, McGowen M, Madison K. Client outcomes in two model capitated integrated service agencies. Psychiatr Serv 1996;47(2): 175-80.

26. Ciarlo J, Tweed D. Implementing and direct needs assistance models for planning statement of health and ubstance abuse services. Eval Progr Planning 1992; 15:195-210.

27. Clarke Institute Consulting Group. Essential service ratios in a reformed mental health system: case management. Toronto: Clarke Institute; 1994.

28. Comité de la Santé Mentale du Québec. Défis de la reconfiguration des services de santé mentale: pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 1997.

29. Corin E, de Barrio LR, et al. Les figures de l'aliénation: un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir. Rev Can Santé Ment Communautaire 1996;15(2): 45-67.

30. Cormier HJ, et al. Description et évaluation du programme de soutien communautaire du CLSC de Portneuf: rapport de de recherche Rapport préparé pour Unit

de recherche en santé mentale du CHUL, et Unité de psychiatrie sociale et préventive du Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard; en collaboration avec le CLSC de Portneuf. Québec: Conseil québécois de la recherche sociale; 1990.

31. Curtis LC, Hodge M. Ethics and boundaries in community support services: new challenges. Dans: Stein L, Hollingsworth E. Maturing mental health systems. San Francisco: Jossey Bass; 1995;66:43-59.

32. Deci PA, Santos AB, Hiott DW, Schoenwalds, Dias JK. Dissemination of assertive community treatment programs. Psychiatr Serv 1995;46(7):676-8.

33. Dharwadkar N. Effectiveness of an assertive outreach community treatment program. Aust NZ J Psychiatry 1994; 28: (2)244-9.

34. Diamond RJ. Coercion and tenacious treatment in the community: Applications to the real world. Dans: Dennis DL, Monahan J. Coercion and aggressive community treatment: a new frontier in health law. New York: Plenum Press; 1996, p. 51-72.

35. Dilk M, Bond GR. Meta-analytic evaluation of skills training research for persons with severe mental illness. J Consult Clin Psychol 1996;64(6):1337-446.

36. Dincin J. Assertive case management. Psychiatr Q 1990;61(1):49-55.

37. Dincin J, Wasmer D, Witheridge TF, Sobeck L, CooK J, Razzano L. Impact of Lassertive community treatment on the use of state hospital inpatient bed-days. Hosp Community Psychiatry 1993; 44(9):833-8.

38. Dixon L, Krauss N, Lehman A. Consumers as providers: the promise and the challenge. Community Ment Health J 1994; 30(6):615-25.

39. Drake RE. A brief history of the individual placement and support model. Psychiatr Rehabil J 1998;22(1):3-7.

40. Drake RE. Brief history, Current status, and future place of assertive community treatment. Am J Orthopsychiatr 1998; 68(2):172-5.

41. Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, Teague GB, Xie H, Miles K, Ackerson TH. Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. Am J Orthopsychiatr 1998; 68(2):201-15.

42. Drake RE, McHugo GJ, Becker DR, Anthony WA, Clark RE. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. J Consult Clin Psychol 1996; 64(2):391-9.

43. Drake RE, Noordsy DL. Case management for people with coexisting severe mental disorder and substance use disorder. Psychiatr Ann 1994;24(8q):427-31.

44. Drake RE, Yovetich NA, Bebout RR, Harris M, McHugo GJ. Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. J Nerv Ment Dis 1997; 185(5): 298-305.

45. Drummond M0F, O'Brien B, et al. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Second edition. Toronto: Oxford University Press; 1997.

Références

46. Essock S, Kontos N. Implementing assertive community treatment teams. Psychiatr Serv 1995;46(7):679-83.

47. Essock SM, Frisman LK, Kontos NJ. Cost-effectiveness of assertive community treatment teams. Am J Orthopsychiatr 1998;68(2):179-90.

48. Factor RM, Stein LI. An empirical typology of the chronically mentally ill: commentary. Community Ment Health J 1986;22(1):25-6.

49. Felton C, Stastny P, Shern DL, Blanch A, Donahue SA, Knight E, Brown C. Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. Psychiatr Serv 1995; 46(10): 1037-44.

50. Fenton FR, Tessier L, Struening EL. A comparative trial of home and hospital psychiatric care: one year follow-up. Arch Gen Psychiatry 1979;36(10):1073-9.

51. Flynn L, Bevilaqua J, et al. NAMI anti-stigma foundation, NAMI/PACT initiative for national dissemination of the PACT model. Community Support Network News 1997;11(4):10-1.

52. Geller JL. A biopsychosocial rationale for coerced community treatment in the management of schizophrenia. Psychiatr Q 1995;66(3):219-35.

53. Gervey R, Parrish A, et al. Survey of exemplary supported employment programs for persons with psychiatric disabilities. J Voc Rehabil 1995;5:115-25.

54. Hambridge JA, Rosen A. Assertive community treatment for the seriously mentally ill in suburban Sydney: a programme description and evaluation. Aust NZ J Psychiatry 1994; 28(3):438-45.

55. Hoult J. Community care of the acutely mentally ill. Brit J Psychiatr 1986;149: 137-44.

56. Hoult J, Reynolds I, Charbonneau-Powis M, Weekes P, Briggs J. Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. Aust NZ J Psychiatry 1983;17(2):160-7.

57. Hoult J, Reynolds I. Schizophrenia. A comparative trial of community-oriented and hospital-oriented psychiatric care. Acta Psychiatr Scand 1984;69(5):359-72.

58. Jerrell JM, Hu TW. Cost-effectiveness of intensive clinical and case management compared with an existing system of care. Inquiry 1989;26:224-34.

59. King's Fund. London's mental health: the report to the king's fund London commission. London: King's Fund Publishing; 1997.

60. Knapp M, Beecham J, Routsogeorgopoulo V, Hallam A, Fenyo A, Marks IM, et al. Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. Brit J Psychiatry 1994;165(2):195-203.

61. Knoedler W. The continuous treatment team model: role of the psychiatrist. Psychiatr Ann 1989;19(1): 35-40.

62. Lafave HG, de Souza HR, et al. Assertive community treatment of severe mental illness: a Canadian experience. Psychiatr Serv 1996; 47(7):757-9.

63. Lehman A, Dixon L, Kernan E, Deforge BR, Postrado LT. A randomized trial of

Références

assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(1):1038-43.

64. Lesage A, Clerc D, et al. L'utilisation des lits de courte durée - alternatives à l'hospitalisation. Montréal: Hôpital Louis-H. Lafontaine; 1997.

65. Lesage A, Clerc D, Uribe I, Cournoyer J, Fabian J, Tourjman V, et al. Estimating local-area needs for psychiatric care: A case study. Brit J Psychiatry 1996; 169:(1)49-57.

66. Macias C, Kinney R, Farley OW, Jackson R, Vos B. The role of case management within a community support system: partnership with psychosocial rehabilitation. Community Ment Health J 1994;30(4):323-39.

67. Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, MCNamee G, Lawrence RE. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. Brit J Psychiatr 1994;165(2):179-94.

68. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Library(2);1998:1-32.

69. Marshall M, Gray A, et al. Case management for severe mental disorders. The Cochrane Library(2), 1997.

70. McFarlane WR, Dushay RA, Stastny P, Deakins SM, Link B. A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. Psychiatr Serv 1996;47(7):744-50.

71. McFarlane WR, Stastny P, Deakins S. Family-aided assertive community treatment: a comprehensive rehabilitation and intensive case management approach for persons with schizophrenic disorders. New Dir Ment Health Serv 1992;53:43-53.

72. McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, McKasson M, Miller LD. A multisite study of client outcomes in assertive community treatment. Psychiatr Serv 1995;46(7):696-701.

73. McGrew JH, Bond GR. Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. J Ment Health Adm 1995;22(2):113-25.

74. McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, Salyers M. Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. J Consult Clin Psychol 1994; 62(4):670-8.

75. Meisler N. Report on Fall 1996 conference of State representatives on ACT. 1997.

76. Meisler N, Blankertz L, Santos AB, McKay C. Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders. Community Ment Health J 1997;33(2):113-22.

77. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Orientations pour la transformation des Services de santé mentale: document de consultation. Québec: Gouvernement du Québec; 1997.

78. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale. Québec: Gouvernement du Québec; 1998.

Références

79. Modcrin M, Rapp C, et al. The evaluation of case management services with the chronically mentally ill. Eval Progr Planning 1988;11:307-14.

80. Morse GA, Calsyn RJ, et al. Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people. Hosp Community Psychiatry 1992;43(10):1005-10.

81. Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Trusty ML, Gerber F, Smith R, et al. An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. Psychiatr Serv 1997;48:(4)497-503.

82. Mowbray CT, Collins ME, Plum TB, Masterton T, Mulder R. Harbinger. I: The development and evaluation of the first PACT replication. Admin Policy Ment Health 1997;25(2):105-23.

83. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophr Bull 1998;24(1):37-74.

84. Mueser KT, Wallace C, et al. New developments in social skills training. Behavior Change 1995;12:31-40.

85. Mulder R. Final evaluation of the Harbinger program as a demonstration project. Lansing, MI: Michigan Department of Mental Health; 1982.

86. Netten A, Beecham J (rédacteurs). Costing community care. Brookfield, VT: Ashgate; 1993.

87. Nuechterlein K, Dawson M. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. Schizophr Bull 1984; 10(2):300-12.

88. Olfson M. Assertive community treatment: an evaluation of the experimental evidence. Hosp Community Psychiatry 1990;41(6):634-41.

89. Ontario Ministry of Health. Assertive community treatment guideline. North York (Ont): Ontario Ministry of Health; 1997.

90. Quinlivan R, Hough R, Crowell A, Beach C, Hofstetter R, Kenworthy K. Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program. Psychiatr Serv 1995;46(4):365-71.

91. Rosenheck R, Neale M, Leaf P, Mil-stein R, Frisman L. Multisite experimental cost study of intensive psychiatric community care. Schizophr Bull 1995;21(1):129-40.

92. Salyers MP, Masterton TW, Fekete DM, Picone JJ, Bond GR. Transferring clients from intensive case management: impact on client functioning. Am J Orthopsychiatr 1998;68(2):233-45.

93. Sands R, Cnaan R. Two modes of case management: assessing their impact. Community Ment Health J 1994;30(5): 441-57.

94. Santos A, Deci P, Lachance KR, Dias JR, Sloop TB, Hiers TG, Bevilacqua JJ. Providing assertive community treatment for severely mentally ill patients in a rural area. Hosp Community Psychiatry 1993; 44(1):34-9.

95. Santos A, Hawkins G, Julius B, Deci PA, Hiers TH, Burns BJ. A pilot study of assertive community treatment for patients

with chronic psychotic disorders. Am J Psychiatr 1993;150(3):501-4.

96. Scott JF, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. Schizophr Bull 1995; 21(4) 657-68.

97. Scott JE, Dixon LB. Community-based treatment for severe mental illness: What are the benefits and costs? Medscape Ment Health 1997;2(9). (Accédé au site URL: http://www.medscape.com/M...tt/mh3046. scott.html.

98. Smith P, Sheldon T, Martin S. An index of needs for psychiatric services based on in-patient utilisation. Brit J Psychiatry 1996;169(3):308-16.

99. Solomon P, Draine J. One-year outcomes of a randomized trial of case management with seriously mentally ill clients leaving jail. Eval Rev 1995;19:256-73.

100. Stein LI. On the abolishment of the case manager. Health Aff 1992;11(3):172-7.

101. Stein LI, Santos AB. Assertive community treatment of persons with severe mental illness. New York, NY: WW Norton; 1998.

102. Stein LI, Test MA. Alternative mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry 1980;37(4): 392-7.

103. Stein LI, Test MA. The evolution of the training in community living model. Dans: Stein LI, Test MA. The training in community living model: a decade of experience. San Francisco: Jossey-Bass; 1985. p. 7-15.

104. Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. Am J Orthopsychiatr 1998; 68(2): 216-32.

105. Test MA. Training in community living. Dans: Liberman R. Handbook of psychiatric rehabilitation. New York, NY: MacMillan Publishing Company;1992. p. 153-70.

106. Test MA, Knoedler WH, et al. Long-term community care through an assertive continuous treatment team. Dans: Tammings CA, Schulz SC. Schizophrenia research. New York, NY: Raven Press, Ltd; 1991). p.239-46.

107. Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment. III. Social cost. Arch Gen Psychiatr 1980;37(4):409-12.

108. Thompson KS, Griffith EE, Leaf PJ. A historical review of the Madison model of community care. Hosp Community Psychiatry 1990;41(6):625-34.

109. Wheaton JA, McLean J, et al. Consumer worker contributions to ACT services. University of Michigan School of Social Work, Center for Self-help Research and Knowledge Dissemination; 1994.

110. Witheridge TF, Dincin J. The Bridge: An assertive outreach program in an urban setting. Dans: Stein LI, Test MA. The training in community living model: a decade of experience. San Francisco: Jossey Bass; 1985. p. 65-76.

111. Witheridge TF, Dincin J, Appleby L. Working with the most frequent recidivists: a total team approach to assertive resource management. Psychosocial Rehabil J 1982;5(1):9-11.

112. Wright RG, Heiman J, et al. Defining and measuring stabilization of patients during 4 years of intensive community supports. Am J Psychiatr 1989;46(10):1293-8.

Références additionnelles

113. Clark RE, Teague GB, Ricketts SK, Bush PV, Xie H, McGuire TG, et al. Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders. Health Serv Res 1998;33(5 pt 1): 1285-308

114. Drake RE, Mercer-McFadden D, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schizophr Bull 1998;24(4):589-608.

115. Tamblyn R, Laprise R, Mayo N, Scott S, Latimer E, Reid T, et al. Evaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments. Partie II. Rapport présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux. Mars 1999.

116. Weisbrod BA. A guide to benefit-cost analysis, as seen through a controlled experiment in treating the mentally ill. J Health Polit Policy Law 1983;7(4):808-845.

117. Weisbrod BA, Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment II. Economic benefit-cost analysis. Arch Gen Psychiatr 1980;37(4):400-5